Date Due

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Library Bureau Cat. no. 1137

# MONATSHEFTE

FÜR

# PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, PRIV.-DOZ. DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG, DR. J. FICK IN WIEN,
PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH, DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL,
PRIVAT-DOZ. DR. FR. KRZYSZTALOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, DR. E. MEIROWSKY IN CÖLN,
PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA, DR. FERD. WINKLER IN WIEN

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

ACHTUNDVIERZIGSTER BAND.

1909.

JANUAR BIS JUNI.

MIT 3 TAFELN UND 14 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1909.




Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.
vorm. Richtersche Verlagsanstalt, Hamburg 25.

# Inhalt.

## Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".)

## Versammlungen.



## Fachzeitschriften.



## Bücherbesprechungen.

## Systematische Übersicht der Referate.

### I. Allgemeines.

#### *Anatomie und Physiologie der Haut.*

### *Mikroskopie.*



### *Bakteriologie.*



### *Hygiene.*

### *Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.*

### *Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.*

## II. System der Hautkrankheiten.

### A. *Angioneurosen.*

## B. *Entzündungen.*

### I. Traumatische.

II. Neurotische.

## III. Infektiöse.

### 1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

#### a) Akute Exantheme.

b) Chronische Infektionskrankheiten.

*α. Lepra.*

β. *Tuberkulose.*

γ. *Syphilis.*

Seite

b. *Malleus.*



## 2. Lokale Infektionskrankheiten.

### A. *Oberhaut.*

B. *Cutis.*

### C. *Progressive Ernährungsstörungen.*

#### a) Maligne.

b) Benigne.



c) Pigmentanomalien.



D. *Regressive Ernährungsstörungen.*

E. *Idioneurosen.*



F. *Sekretionsanomalien.*



G. *Saprophyten und Fremdkörper.*



H. *Mifsbildungen.*

---

## III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a) Penis, Urethra und Blase.

b) Hoden und Samenblasen.



c) Prostata.

d) Nieren, Ureteren und Harn.

e) Labien, Vagina usw.



f) Blennorrhoe und Komplikationen.

## Verschiedenes.



## Verzeichnis der Tafeln.

# Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. | No. 1. | 1. Januar 1909.


## Beitrag zum Studium der Maculae atrophicae.


Von

Prof. Mario Pelagatti,
Direktor der dermosyphilopathischen Klinik der Universität Sassari.


Mit drei Abbildungen im Text und einer Tafel.

Vor etwas über 18 Jahren schrieb Pellissier Vosilin: „Il existe une grande confusion entre les lésions cutanées désignées par les auteurs sous les noms de vergetures, stries linéaires, stries atrophiques, macules atrophiques.“ Auch zur gegenwärtigen Zeit bietet dieses interessante Kapitel manchen dunklen Punkt, trotz der gewiſs beträchtlichen Fortschritte in der Hautpathologie und den kasuistischen Beiträgen, in neuerer Zeit durch namhafte Vertreter unserer Spezialität. Daran ist zum Teil Schuld die auſserordentliche Seltenheit der Affektion, sowie die Tatsache, daſs beim vollständigen Mangel an subjektiven Symptomen und bei der langen Dauer der Affektion gewöhnlich nur ein Teil des gesamten Krankheitsbildes in den Beobachtungskreis des Klinikers und Histologen gelangt.

In dem Falle, den ich selbst zu untersuchen Gelegenheit hatte, gruppierten sich die Elemente in Gestalt von genau umschriebenen Herden, die nach einem papulösen Syphilid aufgetreten waren und unter dem Namen Maculae atrophicae bekannt sind. Ich hatte auch das seltene Glück, den ganzen Verlauf der Dermatose von ihren ersten Anfängen bis zu ihrer höchsten Entwicklung zu verfolgen.

Wie gesagt, handelt es sich um eine seltene Krankheit; auſserdem sind die wenigen bisher veröffentlichten Fälle nur unvollständig untersucht worden. Von diesen will ich hier nur diejenigen anführen, die meinen Fall besonders interessieren, d. h. wo die Maculae nach einer syphilitischen Eruption entstanden sind, oder wenigstens bei Individuen, die mit Sicherheit eine syphilitische Infektion durchgemacht hatten, wo sich aber keine sicheren Angaben über den der Atrophie vorausgegangenen Zustand erheben lieſsen.

Der erste, welcher über Maculae atrophicae bei Syphilitikern berichtete, war Wilson im Jahre 1867. Es handelte sich da um einen 26jährigen Burschen, bei dem sich die Erscheinung nach einem papulösen Exanthem zeigte. Wilson schrieb sie der Wirkung von Gewebsmassen zu, welche sich parallel zu den elastischen Fasern angeordnet hatten, so daſs diese letzteren dadurch aufgelockert wurden. Sodann finden wir keine weiteren Angaben mehr über den Gegenstand, bis Nivet im Jahre 1887 in den *Annales de Dermatologie* über eine 56jährige, seit zehn Jahren an Syphilis leidende Frau berichtete. Bei derselben waren an Stelle der früheren Papeln runde oder ovale, weiſse, narbenartige Flecke spontan aufgetreten. Weniger typisch als die genannten, waren zwei Fälle von Balzer (1887). Bei diesen, besonders beim ersten, war die Abstammung aus vorangegangenen syphilitischen Elementen nicht klar zu eruieren. Deutlicher ist ein solcher Zusammenhang beim dritten Falle zu ersehen, indem dort die atrophischen Flecke an der Stelle entstanden waren, wo früher eine disseminierte papulo-squamöse Eruption vorhanden gewesen war. In klinischer Beziehung schwieriger zu erklären ist ein vierter Fall von Balzer und Reblaud (1889). Dort handelte es sich um eine zweifellos syphilitische Frau, nur läſst es sich nicht mit Sicherheit feststellen, ob die Macula von einem vorausgegangenen Syphilid oder einem polymorphen Erythem abstammten. Wichtiger ist ein von Balzer und Destrazes in der französischen Gesellschaft für Dermatologie (Sitzung vom 1. März 1906) mitgeteilter fünfter Fall.

Unglücklicherweise wurden diese Fälle, die in klinischer Beziehung an Vollständigkeit der Beschreibung nichts zu wünschen übrig lassen, nicht durch einen histopathologischen Befund vervollständigt, so daſs sich aus denselben nur wenig Nutzen ziehen läſst. Dasselbe läſst sich von den Fällen von Danlos sagen, welcher mit Balzer das Verdienst teilt, die klinische Kenntnis der Maculae atrophicae nach papulösen Syphiliden verallgemeinert zu haben. Doch darf nicht unerwähnt bleiben, daſs infolge eines Berichtes von Danlos über seinen ersten Fall in der französischen Gesellschaft für Dermatologie (Sitzung vom 27. Mai 1897) eine Diskussion über die anatomischen Veränderungen der Maculae atrophicae angeregt wurde. Bei dieser Gelegenheit erklärte nämlich Darier, analoge Fälle histologisch untersucht und eine Ruptur des elastischen Netzes konstatiert zu haben. Dieser Befund wurde von Chileret bestätigt; dieser Autor hatte nämlich Gelegenheit gehabt, Präparate zu untersuchen, die vom Falle von Danlos stammten. Bei demselben handelte es sich um einen 30jährigen Mann, der bereits sechs Jahre lang luetisch war und bei dem der ganze Rumpf von rundlichen oder ovalen Maculae von der Gröſse eines 50 Centimesstückes überdeckt war. Sie hatten ein narbenartiges Aussehen und waren von einer dünnen Haut überzogen. Diese Flecke

nahmen genau die Stellen eines vorausgegangenen syphilitischen Exanthems ein (Roseola papulosa). In drei anderen Fällen von Danlos, über welche dieser Autor in der französischen Gesellschaft für Dermatologie berichtete, waren den Maculae sicherlich Papeln vorausgegangen und der Autor behauptete, daſs er den ganzen Umwandlungsvorgang von Anfang an verfolgen konnte.

Diesen Fällen reiht sich ein anderer von Oppenheim (1891) an. O. vermochte aber nicht mit absoluter Sicherheit zu behaupten, daſs sich die Umwandlung von Papeln in Maculae auf alle Elemente bezog; er erhielt vielmehr den Eindruck, daſs kein direktes Abhängigkeitsverhältnis zwischen den beiden bestehe. Der klinischen Beschreibung dieses Falles schlieſst sich der histologische Befund an, der erste über den Gegenstand veröffentlichte. Leider aber wird darin das Verhalten der elastischen Fasern mit Stillschweigen übergangen. Weniger typisch als der vorhergehende ist ein Fall von Herscher, welcher bei einer auſserdem an Tuberkulose leidenden Frau Keloide und gleichzeitig Maculae atrophicae nach einem syphilitischen Exanthem auftreten sah.

Ich habe den Fall von Mibelli bis zuletzt reserviert, da er von allen den bisher bekannten der ausführlichste ist und deshalb einer besonderen Erwähnung bedarf. Es handelte sich da um einen Mann, bei dem neun Jahre nach der luetischen Infektion über dem Rumpfe und den Armen atrophische Maculae auftraten, von denen einige die Gröſse einer Linse nicht übertrafen und von regelmäſsiger kreisförmiger Gestalt waren, andere gröſser und von ovaler Form, beide Kategorien aber von glänzend weiſser Farbe und ohne pigmentierten Hof. Auſserdem bestanden bei dem Patienten auf der rechten Seite des Halses Plaques mit dem typischen Aussehen von einfachen tuberösen Syphiliden. Obwohl nun die Maculae nicht auf diese tuberösen Effloreszenzen zurückgeführt werden konnten, indem diese letzteren ohne Spuren zu hinterlassen resorbiert wurden, ebenso auch nicht auf ein maculöses Exanthem, das sich wenige Monate nach der Infektion gezeigt hatte, glaubte Mibelli doch nicht einen Zusammenhang zwischen der Syphilis und den Maculae atrophicae ganz ausschlieſsen zu können und rechnete sie deshalb zu den Neurosyphiliden (Unna). Der Hauptwert des Falles liegt aber in dem die Krankengeschichte begleitenden histologischen Befund. Zum ersten Mal erfahren wir da, daſs die Veränderung in einer Verdünnung des elastischen Fasernetzes besteht, welche zum Teil durch das Verschwinden einzelner Fasern, zum Teil aber auch durch eine Verdünnung der einzelnen Fasern verursacht wird. Gerade der elastische Index ist es, welcher eine Unterscheidung der Maculae atrophicae von der Striae gravidarum gestattet, bei welchen letzteren es sich nicht um eine Rarefaktion, sondern einfach um eine Ruptur der elastischen Fasern handelt. Dies steht im Widerspruche mit der hauptsächlich von Balzer

vertretenen Ansicht, dafs sowohl bei den Maculae als bei den Striae die Verminderung der elastischen Fasern auf einfachen mechanischen Gründen beruht. Von gröfserer Wichtigkeit ist aber die aus den detaillierten histologischen Untersuchungen von MILELLI hervorgehende Tatsache, dafs die anatomischen Läsionen der Maculae atrophicae in einem Falle, wo der Einflufs der Syphilis nicht ausgeschlossen werden konnte, genau dieselben sind, wie sie HEUSS später bei seiner Atrophia maculosa cutis gefunden hat

Diese kurzen historischen Bemerkungen sollen dazu dienen, die Wichtigkeit des Falles hervorzuheben, den ich nun beschreiben will. Darin werden wir eine Bestätigung der Ansicht von DANLOS finden, wonach die Maculae genau die Stelle früherer syphilitischer Efforeszenzen einnahmen. Andererseits soll er dem histologischen Befund MIBELLIS zur Stütze dienen; das letztere hauptsächlich in bezug auf die Veränderungen der elastischen Fasern, die sich ganz anders verhalten als bei den Schwangerschaftsnarben, aber denen bei der Atrophia maculosa cutis von HEUSS identisch sind.

Mein Fall ist nun folgender:

Krankengeschichte. — S. G., 40 Jahre alt, Frau eines Landmannes von Terranova Pausania, trat am 9. Februar 1908 in die von mir geleitete Klinik ein. Die syphilitische Infektion reichte bis 1902 zurück und bestand damals aus einem über Rumpf und Gliedmafsen verbreiteten makulösen Exanthem (über den Sitz des Primäraffektes konnte sie nichts angeben). Die Eruption verschwand in kurzer Zeit, ohne dafs eine spezifische Behandlung angewendet worden war. Drei Jahre später wurde die Patientin von bedeutender Schwäche und Schmerzen befallen, weifs aber nichts Bestimmtes über deren Natur anzugeben; sie mufste etwa sechs Monate lang das Bett hüten. Gegen das Ende dieser Periode trat ein kleinpapulöses Exanthem auf, das sich über Gesicht, Rumpf und Extremitäten ausbreitete. Nach einer Quecksilberbehandlung von sechsmonatlicher Dauer, die aber mit wenig Energie und Ausdauer ausgeführt wurde, verschwand die Eruption. Nun trat, was die spezifischen Manifestationen anbelangt, eine Ruhepause ein, dagegen blieb die Patientin schwach und hatte viel unter Sumpffieberänfällen zu leiden. Im April 1907 konstatierte man eine leichte Parese des linken Facialis (unterer Abschnitt), die sich nach einer gewissen Zeit wieder ausglich. Ende September 1907 neuer papulöser Ausschlag mit Sitz zuerst an den Gliedern, dann auf dem Rumpf, am Halse und im Gesichte. Eine Jodkur hatte gar keinen Effekt auf diese Eruption, ja, sie schien im Gegenteil noch eher an Intensität zunehmen zu wollen. Einige Tage vor ihrem Eintritt ins Spital wurde sie noch einmal von einer Parese des linken unteren Facialis befallen, während sich der Allgemeinzustand verschlimmerte, wozu aufser der Lues Darmstörungen und die Malariainfektion beitrugen.

Status präsens (11. Febr. 1908). Statur klein, Ernährungszustand äufserst schlecht; Haut braun, trocken, dünn, mit schwach entwickeltem Fettgewebe; Muskulatur schwach; Knochenbau regelmäfsig; sichtbare Schleimhäute sehr blafs; Brusteingeweide normal; Leber etwas an Umfang vermehrt; Milz vergröfsert, etwas nach unten verschoben; Druckempfindlichkeit der Abdominalgegend; Genitalorgane normal; Urin enthält keine abnormen Bestandteile; Blut idem; Hämoglobingehalt vermindert. Das Plasmodium malariae konnte nicht nachgewiesen werden.



Fig. 1.

Haut. Der Rumpf in seiner ganzen Ausdehnung, die oberen und teilweise die unteren Extremitäten, der Hals und die Stirn sind von zahlreichen eruptiven Elementen bedeckt, die sich unter verschiedener Gestalt zeigen. Die einen haben die Gestalt von linsenförmigen Papeln von verschiedener Gröfse, sind über die Umgebung erhaben, von fester Konsistenz, glatt, glänzend und von braunroter Farbe. Andere sind gröfser und höher und zeigen alle Merkmale der sogenannten Tuberkelpapeln. Diese befinden sich hauptsächlich am Rumpfe, und zwar auf der hinteren Fläche, auf den seitlichen Partien des Bauches und an den Oberschenkeln. Einzelne dieser Effloreszenzen befinden sich bereits auf dem Wege der Resorption und erscheinen nur noch als livide Flecke mit pigmentiertem



Fig. 2.

Hof, von mittlerem Durchmesser eines Centesimo und sind nicht über die umgebenden Hautpartien erhaben; beim Befühlen unterscheidet sich ihre Konsistenz nicht von derjenigen der umgebenden Haut. Am zahlreichsten, besonders aber über die Extremitäten und den Bauch verteilt, finden sich so ziemlich allgemein verbreitet einerseits linsengroſse oder etwas gröſsere runde oder ovale, sowie gröſsere unregelmäſsig gestaltete Flecke. Die Färbung ist nicht bei allen dieselbe; einige sind mehr violett oder livid, andere rosarot bis lila, noch andere, und zwar die kleineren, glänzend weiſs wie alte Narben. Viele unter ihnen sind von einem Pigmenthofe umgeben; ebenso findet man Häufchen von Pigment als kleine braune unregelmäſsige Flecke im Zentrum, besonders bei den gröſseren, wo man auch erweiterte Gefäſse durchscheinen sieht. Der gröſste Teil dieser Flecke zeigt eine eingesenkte, kuppelförmige Oberfläche, während andere flach oder selbst leicht konvex sind. An der Oberfläche lassen sich Ausführungsgänge von Haarbälgen erkennen, die ihres Haares beraubt sind, sowie Knäueldrüsenmündungen, jedoch in geringerer Anzahl als unter normalen Verhältnissen und auf die Peripherie der Macula beschränkt. Die Oberfläche der Maculae im Zustande der Erschlaffung zeigt ein geschrumpftes Aussehen, infolge des Vorhandenseins von feinen linienförmigen Fältchen, die im allgemeinen parallel zum gröſseren Durchmesser der Macula verlaufen. Spannt man die Haut etwas, so verschwinden diese Falten, die Oberfläche wird glatt und gleichförmig und die Spärlichkeit der Drüsenmündungen wird noch deutlicher. Berührt man die Flecke mit der Fingerspitze, so fühlt man eine Einsenkung in den Hautschichten und der Finger senkt sich wie in eine Grube ein. Die Haut erscheint verdünnt, nachgiebig und leichter abhebbar, was sich noch besser erkennen läſst, wenn man die Haut über den Flecken in einer Falte aufhebt. In bezug auf die Sensibilität (Schmerz, Wärme, Tastgefühl) läſst sich zwischen der normalen Haut und den Maculae nichts besonderes entdecken. Die Kranke hat uns ausdrücklich erklärt, daſs die Flecke genau da entstanden, wo früher die



Fig. 3.

Papeln ausgebrochen waren und dafs die Gröfse der ersteren derjenigen der letzteren entsprach. Übrigens entsprach auch die objektive Untersuchung sehr wohl diesen Aussagen, indem zwischen den Maculae und den Papeln Elemente existierten, die nur als Übergangsformen von der einen in die andere Art von Effloreszenzen angesehen werden konnten. Der letzte Zweifel hierüber wurde übrigens gehoben durch unsere weitere Beobachtung des Falles während des längeren Aufenthaltes der Patientin in unserer Klinik. Wenige Tage nach ihrem Eintritte begannen wir eine energische Quecksilberkur und verordneten gleichzeitig Jodpräparate. In weniger als zwei Monaten sahen wir sämtliche Papeln verschwinden, nicht nur die linsenförmigen, sondern auch die Tuberkelpapeln und genau an ihrer Stelle die Maculae auftreten. Die Umwandlung geschieht in folgender Weise: Die Papeln flachen nach und nach ab und verwandeln sich langsam in eine Plaque von lividroter Färbung mit starker peripherer Pigmentierung; sie erheben sich nicht über das umgebende Hautniveau, aber ohne Einsenkung und ohne Infiltration. Nachdem nun die Plaque während einiger Zeit in diesem Zustande verblieben ist, beginnt sie sich zuerst in ihrer Farbe zu verändern, indem sie violett wird, dann lila, und bildet sich schliefslich, aber sehr langsam, in eine Macula um. Auf den ersten Blick würde man glauben, dafs es sich eher um eine Hypertrophie als um eine Atrophie der die Flecke überziehenden Haut handelt, indem die Haut geschwellt, konvex erscheint, wie wenn sie eine gröfsere Oberfläche überziehen würde, als dies wirklich der Fall ist. Nur bei der Palpation wird man gewahr, dafs sie im Gegenteil dünner als normal und schlaff ist. Bald aber verschwindet diese Konvexität, die Haut flacht sich ab, senkt sich ein und die Macula wird konkav. In dieser Periode des Verlaufes verschwindet auch die violettrote Farbe und die Haut wird glänzend weifs. Die Intensität der Pigmentierung des peripheren Hofes nimmt ab und dieser verschwindet schliefslich auch. Nur im Zentrum bleiben noch für längere Zeit Gefäfsektasien sichtbar. Es schien mir, dafs die Maculae stets einen etwas gröfseren Raum einnehmen als die ihnen vorausgegangenen Papeln, mufs aber erklären, dafs es sich nicht um eine nachträgliche progressive Verbreiterung derselben handelt.

Zur Vervollständigung der Krankengeschichte unserer Patientin mufs ich noch hinzufügen, dafs die bei ihrem Eintritte existierende Facialisparese nach 14 Tagen verschwand und nicht wieder auftrat. Als sie anfangs Mai die Klinik verliefs, war nicht eine einzige Papel mehr vorhanden, dagegen die ganze Hautoberfläche von Maculae von verschiedener Gröfse wie übersät. Später hatte ich noch mehrmals Gelegenheit, die Patientin in der Poliklinik zu sehen, fand aber nichts Neues; was die Maculae anbelangt, so hatten sich dieselben ebenfalls nicht im geringsten verändert.

Nach dem eben Gesagten kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, daſs es sich hier um Maculae atrophicae handelt. Wir können somit bei diesem Prozesse drei Phasen unterscheiden. Die erste ist die Phase der Infiltration, mit der Papel als Ausdrucksweise. Die zweite, die wir Pigmentationsphase nennen könnten, kennzeichnet sich durch eine bloſse Veränderung in der Färbung, ohne Infiltrationserscheinungen, weder an der Oberfläche noch in den tieferen Geweben. Die dritte Phase ist die atrophische. Wir wollen jetzt untersuchen, welche Elemente in diesem atrophischen Stadium zum Ausfalle gekommen sind und ob uns der histologische Befund hierüber Klarheit zu verschaffen vermag. Natürlich war es von höchster Wichtigkeit, die verschiedenen Perioden im Augenblicke ihres Auftretens und ihrer weiteren Entwicklung verfolgen zu können. Mit der Erlaubnis der Patientin machten wir drei verschiedene Hautexzisionen: eine Tuberkelpapel, eine pigmentierte Plaque und eine Macula atrophica, letztere von den ältesten.

Histologische Untersuchung. Je ein Teil der exzidierten Hautstücke wurde fixiert in Alkohol, in Osmiumsäure und in Zenkerscher Lösung; ein Stück von der Papel wurde ferner mit Formalin behandelt zum Zwecke des Nachweises der Spirochaeta pallida; das Resultat war aber ein negatives.

Papel. Die Epidermis erscheint wenig verändert; wohl aber die Cutis. Erstere ist bloſs stellenweise verdünnt, abgeflacht, mit Vakuolenbildungen in den interspinösen Räumen, wo man einige lymphoide Elemente findet; die Zellen sind infolge des Ödems disloeiert; das Pigment ist spärlich; auch ist die Hornschicht atrophisch und fehlt an einzelnen Stellen vollständig.

Die Zelleninfiltration, welche die Papel bildet, erstreckt sich nach der Tiefe bis zu den äuſsersten Grenzen der Cutis, wo sie die Knäueldrüsenglomeruli mit einer dicken Schicht von Lymphocyten umgibt. Nach oben zu gelangt die Infiltration bis zur papillären Cutis, in welcher die feine Textur der Fasern nicht mehr zu erkennen ist, indem die letzteren verschwunden sind, um einem neugebildeten Gewebe Platz zu machen. Dicke Stränge von Lymphocyten, welche schlauchartig die kommunizierenden Gefäſse und die Ausführungsgänge der Knäueldrüsen umgeben, teilen das Infiltrat in verschiedene Felder oder Herde; diese setzen sich zusammen aus homogenen Zellen mit blassem, blasenartigem Kerne, aus Lymphocyten mit stark gefärbtem Kerne und aus einigen nicht sehr groſsen Riesenzellen mit sehr deutlich sichtbaren Kernen an der Peripherie. Alle diese Elemente sind ohne jede Ordnung untereinander vermischt oder zu kleinen Gruppen vereinigt. Das ganze Infiltrat, besonders aber der obere Teil, ist ödematös imprägniert. Die Gefäſse sind erweitert, trotz der deutlich erkennbaren Proliferation und Anschwellung des Endothelüberzugs und manche von

ihnen sind mit roten Blutkörperchen angefüllt. Die Gefäſsveränderungen beschränken sich nicht allein auf die Gefäſse im Gebiete des Infiltrates, sondern erstrecken sich auch zum Teil auf die Gefäſse in der Nachbarschaft des Unterhautzellgewebes. Da, wo die Infiltrate liegen, sind die Bindegewebsfasern fast vollständig verschwunden, ebenso die elastischen Fasern und die glatten Muskeln; die Haarbälge sind zerstört; nekrotische Stellen finden sich aber nirgends.

Pigmentplaque. Diese bildet eine Art Zwischenstufe zwischen Papel und Macula atrophica. Die Epidermisschichten sind darin verdünnt, besonders die Hornschicht, die stellenweise vollständig fehlt; die Epithelfortsätze sind kaum angedeutet. Die Zellen des Corpus mucosum sehen in histologischer Beziehung normal aus; die Zwischenzellenräume sind noch erweitert und es finden sich darin stellenweise einige Wanderzellen. Die Zellen der Basalschicht sind mit Pigment überladen Pigmentreiche Zellen sieht man auch in der papillären Cutis, und zwar in besonders groſser Anzahl an der Peripherie der Plaques.

Die Bindegewebsfasern der Cutis weisen die Merkmale eines neugebildeten Bindegewebes auf; wenn auch in dieser Beziehung ihr Aussehen ein normales zu sein scheint, so verhält es sich anders in bezug auf Anzahl, Verlauf und gegenseitige Beziehungen. Die Bindegewebsfasern sind besonders spärlich; sie erscheinen wie aufgefasert und zwischen ihnen finden sich Lücken, die sicher nicht die Folge des Ödems sind, welches die Gewebe durchtränkt, sondern sie entstehen durch die Rarefaktion der Fasern. Sie verlaufen parallel zur Epidermis und lagern sich übereinander ohne die geringste Andeutung von Verwickelung. Von glatten Muskelfasern sind nur noch Spuren an der Peripherie der Plaques zu finden. Im Zentrum sind auch die Haarbälge verschwunden; sehr spärlich sind die Knäueldrüsen, die atrophisch erscheinen. Diesen Veränderungen reihen sich noch andere wichtigere an; sie bestehen in einer beträchtlichen kleinzelligen Infiltration in der Umgebung der Gefäſse und in einer Rarefaktion der elastischen Fasern. Die perivaskulären Infiltrationsherde sind überall gut sichtbar und begleiten sämtliche Gefäſse der Cutis mit Einschluſs derjenigen, welche die atrophischen Knäueldrüsen umgeben; ganz besonders deutlich sind sie um die isolierten Gefäſse der retikulären Cutis, wo sie dicke und dichte Zellstränge bilden, welche besonders in den mit Alkohol fixierten Präparaten die Gefäſswandungen verdecken. Die zelligen Elemente dieser perivaskulären Herde bestehen meist aus kleinen runden Zellen mit groſsem Kerne, die ganz den Lymphocyten ähnlich sehen; dazwischen finden sich einzelne Plasmazellen; mehrkernige Leukocyten, Spindel- und Mastzellen sind nirgends vorhanden. Die Gefäſsveränderungen bestehen nicht bloſs in einer Perivascularitis, wie man dies aus den in Alkohol fixierten Präparaten allenfalls schlieſsen

könnte, aber es besteht aufserdem noch eine tiefe und beträchtliche Verdickung der ganzen Gefäfswandung. In den mit ZENKERscher Lösung vorbehandelten Präparaten sieht man sehr deutlich die Schwellung des Deckendothels und die Vermehrung der diese Schwellung bedingenden Elemente. Das Kaliber einzelner dieser Gefäfse, besonders derjenigen, welche tief in der Cutis liegen, scheint verengert zu sein, die meisten aber sind erweitert, hauptsächlich die Gefäfse des subpapillaren Netzes, und zwar trotz der bestehenden Endo- und Perivaskularitis; sie sind mit roten Blutkörperchen angefüllt. Die perivasale Infiltration verbreitet sich also wie gesagt über die ganze Cutis; sie ist aber am ausgesprochensten im Zentrum der Läsion, wo auch die Gefäfsinfiltration am intensivsten entwickelt ist; sie erstreckt sich dort eine Strecke weit den Gefäfsen entlang bis in das Unterhautzellgewebe hinein.

Die andere wichtige Veränderung, die mit der zelligen Infiltration und den Gefäfsveränderungen in Beziehung steht, beruht auf einer Rarefaktion und stellenweise auf einem vollständigen Schwunde der elastischen Fasern. Diese Rarefaktion konstatiert man an allen den Stellen des Präparates, wo sich das Infiltrat eine Strecke weit in der Peripherie des ganzen affizierten Bezirkes erstreckt und wie eine Grenzzone zwischen der gesunden und der erkrankten Partie bildet. Der Schwund der elastischen Fasern entspricht den Stellen mit perivaskulären Knötchen. Infolgedessen besteht im Papillarkörper, wo die kleinzellige Infiltration weniger ausgesprochen ist, noch ein Gewirr von elastischen Fasern, die aber weniger zahlreich und dünner sind als unter normalen Zuständen. Dazwischen erkennt man Lücken, deren Wandungen sozusagen gar keine elastischen Fasern mehr führen; da nämlich, wo diese Lücken an die Infiltrationsherde grenzen, welche die Gefäfse umgeben. Diese Unterbrechungen im elastischen Gewebe sind noch viel deutlicher im retikulären Derma. Dort sieht man Infiltrationsherde, umkreist von Bindegewebe ohne elastische Fasern mit intermediären Zonen von Bindegewebe abwechseln, wo jede Infiltration fehlt; in diesen Zonen finden sich noch spärliche und verdünnte elastische Fasern. An der Peripherie des Präparates, wo die Veränderungen aufhören, erscheint das elastische Gewebe wieder unter ganz normalen Verhältnissen. Zwischen demselben aber und der erkrankten Partie liegt eine Zone von normalem Bindegewebe, wo die elastischen Fasern beträchtlich an Zahl abgenommen haben. Die Abnahme der elastischen Fasern resp. ihr vollständiges Verschwinden scheint nicht auf eine plötzliche Ruptur derselben zurückzuführen zu sein, wie man dies auf den ersten Anblick anzunehmen geneigt sein könnte; ich habe nämlich in keinem einzigen Präparate Anzeichen von einem solchen Bruche nachweisen können. Ich glaube, es handelt sich vielmehr um eine langsame Abnutzung, um eine Zerstörung der elastischen Substanz selbst, wenn man nämlich die Tatsache

berücksichtigt, daſs die Fasern sehr verdünnt sind, besonders an jenen Stellen, wo sie mit den Zonen in Berührung kommen, die gar keine elastischen Fasern führen und die perivaskulären Herde umgeben. Die wenigen Myelinfasern, die ich in den Osmiumpräparaten gefunden habe, schienen ein normales Aussehen zu haben.

Die Gestalt des ganzen Alterationsfeldes sieht einem Kegelstumpfe ähnlich, dessen Basis an die Epidermis grenzt und dessen Spitze bis zu den oberen Schichten des Unterhautzellgewebes reicht.

Atrophische Macula. Die Epidermis ist hier hochgradig verdünnt, und zwar in ihren sämtlichen Schichten; die Epithelzapfen sind kaum angedeutet an der Peripherie der Plaques, während sie im Zentrum vollständig verschwunden sind. Die zelligen Elemente der Epidermis erscheinen vom histologischen Standpunkte aus unverändert; sie stehen aber dichter aneinander gedrängt und die Zwischenräume der Stachelzellen sind sozusagen gänzlich aufgehoben. Die Zellen der Basalschicht haben einen Teil ihres Pigmentes verloren; nur die peripher gelegenen führen solches in reichlichem Maſse. In der Cutis bestehen die Veränderungen in einer perivasalen Zelleninfiltration und dem Schwunde der elastischen Fasern, besonders im Zentrum der Läsion. Diese Infiltration ist spärlicher als in den Präparaten von der pigmentierten Plaque und bleibt ausschlieſslich auf die Umgebung der Gefäſse beschränkt; sie besteht hauptsächlich aus lymphoiden Elementen mit einigen Plasmazellen. Die Gefäſse zeigen noch immer Veränderungen im Endothel; die Elemente des letzteren sind an Zahl vermehrt, aufgetrieben und hydropisch. Ihr Lumen ist erweitert. Die Zahl der Gefäſse ist vermindert, besonders werden die kleinen kapillären Gefäſse vermiſst, sowie auch der gröſsere Teil der papillären Gefäſse. Dies deutet auf das Bestehen eines Zerstörungsprozesses auf Kosten der Gefäſse hin. Die übrigbleibenden Gefäſse zeigen eine Neigung, sich zu Gruppen zu vereinigen; ihr Verlauf ist nicht mehr geradlinig, sondern mehrfach gewunden. Eine Unterscheidung zwischen retikulärem und papillärem Derma ist nicht mehr möglich; die Bindegewebsfasern verlaufen in einer zur Epidermis parallelen Richtung und es fehlt ihnen aller Zusammenhang. Im Zentrum sind die glatten Muskelfasern und die Haarbälge verschwunden; in der Peripherie sind noch Überreste von ihnen zu finden; sie erscheinen aber atrophisch; Knäueldrüsen sind noch da, ihre Ausführungsgänge sind aber zum Teil zerstört.

Der Schwund der elastischen Fasern ist in diesen Präparaten viel ausgesprochener als in der oben beschriebenen Pigmentplaque; die ihres elastischen Netzes beraubte Zone zeigt die Gestalt eines Kreissegmentes, wobei die Epidermis die Sehne darstellt. Diese Zone bildet zwar nicht genau die Grenzlinie zwischen dem Abschnitte der Cutis mit der perivasalen Infiltration und demjenigen, wo die Bindegewebsfasern einen anor-

malen Verlauf haben. Sie erstreckt sich vielmehr etwas über dieselbe in ein Gebiet hinaus, wo Gefäſse und Bindegewebe vollständig normal sind. Die elastischen Fasern fehlen vollständig in jenen Abschnitten der Cutis, wo Spuren des perivaskulären Prozesses bestehen; nur nach oben hin, neben der Epidermis, sieht man noch einige hochgradig verdünnte und so spärliche Fasern, daſs sie kein Netz mehr bilden. In der peripheren Zone, wo die Cutis normal ist und die elastischen Fasern fehlen, sind die letzteren auch sehr spärlich, dünn und verlaufen in gerader Linie. Auſserhalb dieser peripheren Zone erscheinen auf einmal und ohne Übergangsstufe die elastischen Fasern wieder, und zwar in normaler Anzahl, Dicke und Richtung des Verlaufes.

In den mit Alkohol fixierten Präparaten habe ich das Elacin nach den von Unna angegebenen Methoden nachzuweisen gesucht, aber mit negativem Resultat. In den Osmiumpräparaten habe ich in den wenigen Myelinfasern, die ich gefunden, keine abnormen Zustände entdecken können.

---

Die oben beschriebenen anatomopathologischen Veränderungen sind somit ebenso charakteristisch wie die klinischen, indem sie uns die auffallendsten Züge der Dermatose vor Augen führen. Die erste Phase nämlich, die sich klinisch durch das Vorhandensein einer groſsen Papel kennzeichnet, zeigt als entsprechende histologische Läsion ein knotenförmiges, aus lymphocytenähnlichen, epitheloiden und Riesenzellen bestehendes Infiltrat, in dessen Bereiche man endo- und perivaskuläre Veränderungen sämtlicher Gefäſse der Cutis ohne Unterschied konstatiert. Diese anatomische Veränderung stimmt zwar nicht in allen Punkten mit dem charakteristischen Befunde bei der syphilitischen Papel überein, sondern vielmehr mit demjenigen eines syphilitischen Gummas oder auch eines Tuberkels. Obwohl ich nun aber in meinen Präparaten den Nachweis der Spirochaete pallida nicht zu liefern vermochte, so glaube ich doch nicht, daſs man an der syphilitischen Natur des Hautexanthems bei meiner Patientin zweifeln könne, und zwar halte ich dafür, daſs es sich um eine papulöse Form handelt. Dennoch glaube ich nicht, daſs man die Hypothese von einer tuberkulösen Natur der Affektion in irgend einer Weise herbeiziehen könne; denn erstens war der bakteriologische Befund in bezug auf Tuberkelbazillen negativ; ferner blieb die lokale sowohl als die allgemeine Reaktion auf Tuberkulin, die wir mehrmals behufs Feststellung der Diagnose versucht haben, ohne Resultat. Dagegen konstatierten wir ein rasches Verschwinden der Papeln nach der Verabreichung von Jod und Quecksilberpräparaten. Somit kann man wohl kaum mehr an der luetischen Natur der Affektion zweifeln. Was nun die zweite Hypothese anbelangt, wonach es sich um syphilitische Gummata handeln sollte und nicht um Papeln, so braucht man wohl kaum viele Worte mit dem Nach-

weise zu verlieren, daſs das klinische Verhalten der papulösen Effloreszenzen eine solche ausschlieſst. Das Vorhandensein von epitheloiden und Riesenzellen vermag eine solche Auffassungsweise in keiner Weise abzuschwächen. Diese stimmen allerdings mehr mit einem Befunde von gummösem Gewebe überein; doch können sie sich auch ausnahmsweise in Papeln vorfinden, besonders in solchen, die lange nach der Infektion aufgetreten sind, d. h. zu einer Zeit, wo die sogenannte tertiäre Periode der Lues bereits begonnen hat.

Wir gehen nun zur zweiten Phase des Prozesses über. Dieselbe kennzeichnet sich klinisch durch eine pigmentierte Plaque, in welcher bei der Palpation kein Infiltrat mehr zu erkennen ist, wo aber auſser der Pigmentation noch eine starke Rötung zurückgeblieben ist; diese letztere zeigt uns an, daſs der entzündliche Prozeſs noch keineswegegs erloschen ist. Auch in dieser zweiten Phase findet das klinische Bild eine Erklärung und eine Bestätigung in der histologischen Untersuchung. Die zellige Neubildung in Form von knotenförmigen Infiltraten ist nämlich verschwunden. Die perivasalen Zellansammlungen, die an ihre Stelle getreten sind, sind nicht derart, daſs sie den Eindruck von Infiltraten machen. Andererseits geben uns die Gefäſsveränderungen mit Proliferation das Überzugsendothel und mit einem aktiven perivaskulären Prozesse eine mehr als hinreichende Erklärung für die entzündlichen Erscheinungen, die sich klinisch erkennen lassen. Obwohl sich nun zwar aus dem äuſseren Ansehen dieser Plaques eine spätere Ausbildung in situ der Macula atrophica nicht mit Sicherheit voraussehen läſst, so läſst uns doch der histologische Befund eine solche vermuten.

In der zweiten Phase des Prozesses sehen wir eine Neigung desselben zur Wiederherstellung der Cutiselemente, die im vorausgegangenen pathologischen Prozesse zerstört wurden. An diesem Wiederherstellungsvorgange nehmen nicht nur die Bindegewebsfasern teil, sondern auch die elastischen Fasern. Für die ersteren gehen die Dinge ungefähr in normäler Weise vor sich; was aber die letzteren, die elastischen Fasern, anbelangt, so stoſsen dieselben zuerst auf Widerstand und werden dann vollständig in ihrer weiteren Entwicklung gehemmt. Die histologische Untersuchung belehrt uns nämlich, daſs in der pigmentierten Plaque elastische Fasern in der papillären Cutis sowie in den Zwischenräumen zwischen den Zellsträngen, welche die Gefäſse umgeben, nur in spärlicher Anzahl vorkommen. Diese elastischen Fasern sind auch neu gebildet, wie dies aus ihrer auſserordentlichen Feinheit sowie aus der Tatsache hervorgeht, daſs sie sich mit neugebildeten Bindegewebsfasern vergesellschaftet finden. Die elastischen Fasern aber entwickeln sich nicht weiter in der Umgebung der Gefäſse und verschwinden wieder gänzlich, was mit den neugebildeten Bindegewebsfasern nicht geschieht. Es läſst sich wohl nur annehmen, daſs die Veränderungen in der Umgebung der Gefäſse mit den

daraus resultierenden Störungen (Ödem) eine zerstörende Wirkung auf die frisch entstandenen elastischen Fasern ausüben und ihre Reproduktion verhindern. Daſs es sich wirklich so verhält, ersehen wir in der dritten Periode des Prozesses, in der Macula atrophica, wo wir eine sozusagen vollständige Atrophie des elastischen Gewebes konstatieren. Die histologische Untersuchung erklärt uns auch, warum die Haut, welche die Macula überzieht, solch ein schlaffes, aufgelockertes Aussehen hat, so daſs sich eine kuppelförmige Einsenkung bildet. Wie wir dies gesehen haben, sind nämlich die Hautadnexe gröſstenteils verschwunden, einige Gefäſse sind zerstört, die elastischen Fasern fehlen fast vollständig, das neugebildete Bindegewebe ist aber so reichlich vorhanden, daſs es das durch den entzündlichen Prozeſs zerstörte Material ersetzt hat. Dies bedeutet aber einen wahren Substanzverlust im Gefüge der Cutis, der sich objektiv in der Einsenkung des affizierten Hautbezirkes kundgibt. Das Fehlen von Stützgewebe, besonders der elastischen Fasern in der Umgebung der Hautadnexe, beraubt die Haut ihrer natürlichen Widerstandsfähigkeit gegen Druck und ihrer normalen elastischen Dehnbarkeit. Infolge der Veränderungen in den Gefäſsen, die zum Teil weiter bestehen, besonders aber wegen der teilweisen Zerstörung der Papillengefäſse, ist der Ernährungszustand in der Epidermis mangelhaft geworden, was eine Verdünnung sämtlicher Schichten derselben zur Folge hatte. Die Fältelung der Haut ist eine natürliche Folge des Umstandes, daſs die Epidermis zu weit geworden ist, um die nicht nur verdünnte, sondern nach der Richtung der Hautoberfläche gedrängte Cutis zu überziehen. Die glänzend weiſse Farbe ist sicherlich auf den Schwund des gröſsten Teiles der Hautadnexe und der elastischen Fasern sowie auf die teilweise Zerstörung der Papillargefäſse und eines Teiles des oberflächlichen Netzes zurückzuführen; diese Elemente tragen nämlich bekanntlich dazu bei, die sehnenweiſse Farbe des Bindegewebes zu maskieren.

Der klinische und anatomische Befund läſst sich kurz in folgender Weise zusammenfassen: Zuerst bilden sich Papeln, die sich in ihren objektiven Erscheinungen in keiner Weise von den syphilitischen Papeln unterscheiden und die eine dem Gumma ähnliche anatomische Struktur zeigen. Auf diese folgen Pigmentplaques, in welchen die Veränderungen der Gefäſse von solchen im Gefüge der elastischen Fasern begleitet werden. Darauf bilden sich an irgend einer Stelle der Körperoberfläche, ganz regellos, atrophische Flecke von regelmäſsig runder oder ovaler Gestalt, die meist eine etwas breitere Fläche einnehmen als die Papeln und Pigmentflecke, die ihnen vorausgegangen sind. Diese Maculae zeichnen sich aus durch eine kuppelartige Vertiefung mit scharfen Rändern, mit oder ohne Pigmenthof, durch ihre glänzende Oberfläche, die sie von der umgebenden gesunden Haut deutlich abstechen lassen, und durch eine Färbung, die, je

nach dem Alter der Macula, von bläulich-lila bis sehnenweifs variiert. Nur an der Peripherie dieser Maculae atrophicae lassen sich Ausführungsgänge von Talg- und Knäueldrüsen erkennen, während im Zentrum Gefäfserweiterungen sichtbar sind, die mit der Zeit verschwinden. Der Überzug der Maculae ist gefältelt und hat seine normale Elastizität und Konsistenz verloren. Subjektive Erscheinungen fehlen und die Sensibilität ist ungestört. Die histologischen Merkmale bestehen hauptsächlich in einer Endo- und Perivasculitis, in einer teilweisen Zerstörung der Gefäfse und Hautanhängsel, einem fast vollständigen Schwund der elastischen Fasern und einer teilweisen Atrophie sämtlicher Hautschichten.

Die am meisten charakteristische Erscheinung in histologischer Beziehung ist bei diesen Maculae das Verschwinden des Elastins. Wie geschieht nun dies, da es sich doch weder um eine Ruptur, noch um eine Degeneration, d. h. um eine Umwandlung des Elastins in Elacin handelt? In den von uns untersuchten Maculae atrophicae war das elastische Gewebe wirklich zerstört, und zwar nicht nur da, wo sich der entzündliche Prozefs auf Kosten der Gefäfse abspielte, sondern auch in einer ziemlich breiten Zone an der Peripherie des Infiltrates. Die Erklärung hierfür ist keine leichte. Die Syphilis sucht sich zwar unter gegebenen Umständen mit Vorliebe das elastische Gewebe als Wirkungsfeld aus, so z. B. beim Aneurysma. Andererseits mufs aber betont werden, das sich das Elastin gerade bei syphilitischen Prozessen sehr widerstandsfähig zeigt, im Gegensatze zum Bindegewebe, das viel rascher zerstört wird. So findet man beispielsweise in Gummata Überreste von elastischem Gewebe mitten im nekrotischen Detritus. Überdies hat der syphilitische Prozefs in der Macula nicht einen solchen Grad erreicht, dafs es bis zur Nekrose gekommen ist. Es ist immer schwierig und zuweilen geradezu unmöglich, aus der histologischen Struktur einer Veränderung die Ursache, die ihr zugrunde liegt, abzuleiten. In unserem Falle haben die elastischen Fasern zuerst einen Zerstörungsprozefs durchgemacht, dann in einem zweiten Zeitabschnitt sind sie an ihrer Wiederherstellung gehindert worden. Für den ersteren Zustand, der Zerstörung, finden wir meiner Ansicht nach eine hinreichende Erklärung in der Wirkung der kleinzelligen Infiltration, der Veränderung der Gefäfse und besonders in dem Ödem, das die Gewebe durchtränkt. Schwieriger erklärt sich dagegen, warum die elastischen Fasern an ihrer Wiederherstellung gehindert wurden, die doch während der zweiten klinischen Phase bereits begonnen hatte, wenn wir die Präparate richtig beurteilen. Diese lehren uns nämlich, dafs der Schwund der elastischen Fasern um die Gefäfse herum begonnen, dann nach und nach exzentrisch um sich gegriffen hat. Dies würde uns den Gedanken nahelegen, dafs das Blut der Träger des schädlichen Agens gewesen. Eine andere Tatsache geht noch aus unseren Beobachtungen hervor, nämlich, dafs diese schädliche Ursache

nicht auf einen beschränkten Punkt der Cutis wirkt, wo sie sich lokalisiert, sondern in diffuser Weise über ein bestimmtes Gefäſsnetz. Vielleicht handelt es sich hier um ein toxisches, aus dem Organismus stammendes Agens, welches seine Wirkung erst dann entfaltet hat, wenn die regressive Phase der kleinzelligen Infiltration bereits abgeschlossen und der Wiederherstellungsprozeſs einzusetzen im Begriffe war. Es läſst sich nun aber kaum annehmen, daſs dieses Toxin mit elektiver Wirkung auf das elastische Gewebe ein lebendes Gift ist; sicherlich nicht die Spirochaete pallida, deren Wirksamkeitsperiode seit längerer Zeit abgeschlossen sein muſste, d. h. als sich die Papel entwickelte und deren Virulenz durch spezifische Behandlung abgeschwächt worden sein muſste. Es kann auch nicht die Rede sein von einem anderen Mikroorganismus, der allenfalls an Stelle der Spirochäte getreten, da es in diesem Falle in dem befallenen Bezirke zu einem Wiederaufflackern des entzündlichen Prozesses gekommen wäre. Statt dessen haben wir aber konstatiert, daſs die Zerstörung des elastischen Gewebes mit der Abschwächung dieses entzündlichen Prozesses Hand in Hand ging. Logischer wäre es offenbar, toxische Produkte des Stoffwechsels im allgemeinen zu inkriminieren; das Schwierige dabei ist aber, zu bestimmen, welches wohl diese toxische Stoffe sein könnten. Auch können wir nicht die Annahme von der Hand weisen, daſs das Nervensystem nicht auf irgend eine Weise die Atrophie des elastischen Gewebes beeinfluſst habe. Mit Prof. Mibelli könnte man annehmen, daſs die in den Präparaten von Maculae atrophicae gefundenen Erscheinungen von Endo- und Perivasculitis nicht eine Verschleppung des primitiven Prozesses darstellen, welcher schon in der Papel und dem Pigmentflecke die Gefäſse befallen hatte, sondern vielmehr einen neuen, von einer zentralen oder peripheren Trophoneurose abhängigen Umstand. Ich speziell neige zur Ansicht, daſs es sich um eine zentrale Läsion handelt, wobei ich mich auf die Parese des Facialis stütze, die wir bei unserer Patientin konstatiert haben. Wie sehr auch diese Ansicht von Mibelli plausibel erscheinen mag, halte ich doch dafür, daſs bei der Zerstörung des Elastins und bei der Verhinderung der Neubildung elastischer Fasern Zirkulationsstörungen eine wichtige Rolle spielen; diese hängen ab von den primären, offenbar spezifischen Veränderungen der Gefäſse und von der hinzugetretenen Zerstörung eines Teiles der Gefäſse im befallenen Bezirke.

Die Theorie, welche die genannten Störungen auf eine Hemmung im Stoffwechsel zurückführen will, scheint mir gar nicht irrationell. In Anbetracht aber der Häufigkeit der syphilitischen papulösen Eruption einerseits und der Seltenheit der Maculae atrophicae andererseits muſs offenbar noch eine andere Ursache bestehen, welche zu dieser besonderen Art von Hautatrophie führt, und diese muſs im Individuum selbst liegen.

---

Ich glaube nun das Wichtigste hervorgehoben zu haben, das meinen Fall in klinischer und histologischer Beziehung beleuchten kann. Es handelt sich jetzt noch darum, denselben zu klassifizieren. In Anbetracht der bedeutenden Divergenzen der verschiedenen Autoren in dieser Beziehung wird eine solche Klassifizierung äufserst erschwert. Ich halte deshalb auch dafür, dafs es vorläufig ratsamer ist, auf einen Klassifikationsversuch zu verzichten und uns darauf zu beschränken, einen bescheidenen Beitrag zu einem Materiale zu liefern, das in kürzerer oder längerer Zeit als Basis einer rationelleren Klassifikation dienen möchte als die, welche wir zurzeit besitzen. Vor allem mufs ich hervorheben, dafs eine zweifellose histologische Identität besteht zwischen meinem Falle und denjenigen von Heuss, die ihm bei der Aufstellung seiner Atrophia maculosa cutis als Basis gedient haben, d. h. zwischen einem atrophischen Prozesse, der zweifellos als Symptom einer luetischen Dermatose zu betrachten ist, und einer sogenannten idiopathischen Atrophie. Dies zeigt uns, wie gefährlich es zuweilen ist, den histologischen Befund als Klassifikationsbasis zu wählen, besonders wenn es sich um Prozesse handelt, welche gemeinschaftliche klinische Merkmale haben. Zwischen meinen Maculae atrophicae und der Atrophia maculosa cutis von Heuss bestehen ganz dieselben Beziehungen wie für das Keloid, wo uns die Histologie keine Anhaltspunkte zu liefern vermag zur Unterscheidung der spontanen von den sekundären Formen, wie letztere nach den verschiedensten Dermatosen auftreten können. Es scheint mir deshalb beim gegenwärtigen Stande der Dinge nicht angezeigt zu sein, von einer idiopathischen und einer symptomatischen Atrophia maculosa zu reden, sondern einfach von einer Atrophia maculosa cutis, welche dann vorläufig und bis wir eine definitive Klassifikation besitzen, alle jene Fälle umfassen würde, bei denen es sich um umschriebene Hautatrophien mit runden oder ovalen Maculae handelt, über denen die Haut atrophisch erscheint und bei denen die auffallendsten anatomischen Läsionen in einem Prozesse von Endo- und Perivasculitis und einer Zerstörung des elastischen Gewebes bestehen. Dabei lassen wir den Umstand vollständig aufser acht, ob den Maculae irgend eine andere bekannte Dermatose (Syphilis, Tuberkulose usw.) vorausgegangen ist oder nicht. Von dieser Atrophia maculosa cutis müssen natürlich alle jene Fälle getrennt werden, die, obwohl sich auf der Haut ebenfalls runde oder ovale Flecke zeigen und ein atrophisches Aussehen haben, keine Atrophien im wahren Sinne des Wortes darstellen, sondern blofs Rupturen oder mechanische Verdrängungen des elastischen Gewebes resp. anderer Elemente der Haut infolge von plötzlicher Zerrung der Haut nach Traumen. Diese Formen finden nämlich ihren Platz neben den Schwangerschaftsnarben.

(Übersetzt von C. Müller-Nyon.)

---

## Die „Pechhaut", eine Gewerbedermatose.

Von

Dr. OSKAR EHRMANN-Mannheim.

Meine Beobachtungen beziehen sich auf Arbeiter verschiedener Betriebe (etwa 25 bis 30 Fälle meist aus 1907 und 1908), die alle mit der Verarbeitung von „Pech" (Steinkohlenpech) zu tun haben.

Es sind einerseits sog. Koks-, Kohlen- und Anthrazitwerke und Brikettsfabriken (Prefskohlenfabriken), von denen in bezw. in der Umgebung von Mannheim-Ludwigshafen mehrere vorhanden sind, andererseits Korksteinfabriken und ähnliche. Meiner Erfahrung nach handelt es sich bei der gewerblichen Schädigung durch Pech sowohl um „Pechstaub", als auch um „Pechdämpfe".

Hartpech wird nämlich gepulvert, Weichpech geschmolzen, wobei Pechdämpfe entweichen.

Das Pech spielt bei der Prefskohlen- oder Brikettfabrikation die Rolle eines Bindemittels, da manche Kohlensorten wenig „backen" und nur mittels Bindemittels durch Druck geformt werden können. Steinkohlenpech (Rückstand der Teerdestillation) wird mit der Kohle innig gemischt in Apparaten und — nachdem Hartpech gepulvert, Weichpech geschmolzen wurde — erhitzt und unter grofsem Druck (100—200 Atmosphären) zu Steinen geprefst oder geformt als sog. Prefskohlen oder Kohlensteine oder Kohlenziegel.

Meine Fälle gewerblicher Schädigung der Haut durch Pech bei der Brikettfabrikation betreffen sowohl Arbeiter, die nur mit der mechanischen Zerkleinerung und Bearbeitung von Pechstücken und Pechpulver (Pechstaub aus der „Pechmühle") zu tun haben, als auch solche, die mit dem Schmelzen oder Erhitzen des Peches unter Druck, mit Pechdämpfen, beschäftigt sind. Einige übten zeitweise bezw. abwechselnd beiderlei Tätigkeit aus.

Der andere Fabrikationszweig, der für „Pechhaut" in Betracht kommt, ist die Korksteinfabrikation.

Auch dabei wird nach Angabe meiner Patienten mit Pechdämpfen gearbeitet, d. h. Pech ebenfalls als Bindemittel benutzt.

Der Korkstein ist in unserer Gegend erfunden (Ludwigshafen, Grünzweig & Hartmann) als künstlicher Baustoff oder zum Bodenbelag und Schutz gegen Feuchtigkeit, Temperaturschwankungen usw. Auch hier wird ein Gemenge in Formen geprefst (zerkleinerte Korkabfälle, Ton,

Luftkalk) und bei 120—150° getrocknet. Näheres über die Verwendung des Pechs in Korksteinfabriken ist mir nicht bekannt. Über andere Pechbetriebe und daraus resultierende Pechhautfälle habe ich keine Erfahrung.

Die Erscheinungsweise der „Pechhaut" setzt sich typisch aus drei Faktoren zusammen. Eine weniger reguläre, eventuell accidentelle oder sekundäre Erscheinung werde ich noch besonders erwähnen:

1. Pechbräunung der Haut (Indianerhaut) und Vergilbung (Verschmutzung) des „Skleraweifs" am Auge.

Dieser Zustand ist keine reine „Pechfärbung" durch Imprägnierung mit Pech als Pigment, sondern neben starker chronischer Hyperämie der Haut (nebst Infiltration) als farbtongebendem Moment auch Pigmentvermehrung durch Irritation der Haut.

Hieraus resultiert der „indianerfarbige" Teint der Pecharbeiter.

Die Vergilbung des Skleraweifs am Auge ist wohl der Färbung und Trübung der Skleragewebselemente durch Pechdampfimprägnierung zu verdanken.

2. Pech-Komedonenbildung.

Die Bildung steht in Analogie mit Teerkomedonen (Teerakne), da Pech eine Teerkomponente ist. Eine eigentliche Akne (Follikulitiden) habe ich selten beobachtet bei gewerblicher Pechdermatose, was einigermafsen auffällig und beachtenswert ist.

Die Komedonen entwickeln sich an den meist exponierten Stellen (Lokalisation s. w.), zum Teil in Form von Riesenpechkomedonen. Das Hauptmoment besteht in Follikelverstopfung mit Pechstaub.

Mit Rücksicht auf die dritte Teilerscheinung unseres Krankheitsbildes (siehe unten), die in das Gebiet der hyperkeratotischen Bildungen gehört, und die Auffassung Unnas vom Wesen des Komedo als Hornpfropf, d. i. Keratose des Follikeleinganges, ist eine eventuelle (partielle) Analogie von der zweiten und dritten Teilerscheinung des Krankheitsbildes wenigstens theoretisch annehmbar, so lange nicht histologische Befunde (die mir zurzeit nicht vorliegen) eine reine „Verstopfung" beweisen.

3. Hyperkeratotische Bildungen wie verruköse Papillome, Verrucae, verruköse Hyperplasien der Palmae manuum (palmare Keratosen).

Mit das Eigenartigste am Krankheitsbild sind die meist multiplen Warzengebilde auf der pechexponierten Haut.

Die Häufigkeit derselben unter der Zahl meiner Fälle und die spezifische Lokalisation gerade an den exponierten Stellen der Haut (entblöfste Teile wie Gesicht und Hände, ja sogar Befallensein nur rechter oder linker Hand bei Bearbeitung des Materiales mit Bevorzugung einer Hand

ferner die nur während der Arbeit entblöfsten Hals-, Nacken-, Rücken- und Brusthautpartien) beweist deren Spezifität als „Pechwarze" gegenüber etwaigen accidentellen Befunden von Verrucae vulgares.

Die Warzengebilde hatten teils den Charakter gewöhnlicher Warzen, teils waren sie gelappt wie Condylomata acuminata und weicheren Charakters. Vielfach waren es mehrere ganz kleine weifse Wärzchen, meist im Gesicht (Nase, Kinn usw.). Im Schnurrbartgebiet, am oder im Naseneingang usw. fanden sich Warzen.

Die Vorliebe für das Gesicht ist erklärt durch ihre Entstehung von seiten verdampfenden Pechs.

Die Komedonen sollen nach verschiedenen Angaben und Beobachtungen mehr bei solchen Arbeitern vorkommen, die am festen Pech arbeiten (Verklopfen usw.), besonders viele ganz grofse Komedonen.

Ich sah aber auch bei Pechdämpfen exponierten Arbeitern Riesenkomedonen.

In wenigen Fällen sah ich Warzen an Händen oder verruköse breite Bildungen an Palmarseite meist der rechten, pecharbeitenden Hand.

Es waren aber keine „Druckschwielen" (diffuse oberflächliche Hornschichthyperplasien, wie sie sonst oft bei allerlei Gewerben vorkommen), sondern prominente, zum Teil zerklüftete Verrukositäten, wie sie manchen Dermatosen zukommen, ursächlich offenbar analog den Warzen in der Entstehung, aber modifiziert durch den Wachstumsboden der Palma.

Die Komedonen fanden sich im Gesicht, am Hinterkopf resp. Halsnacken, auf Brust und Rücken (nur an oberen Partien, soweit sie entblöfst den Dämpfen oder Pechstaub zugänglich waren), die Bräunung ebenfalls an diesen Partien und Armen, soweit sie entblöfst werden. Sie hörte mit scharfer Grenze am Hals usw. jeweils auf.

Follikulitiden sind nur in zwei Fällen vermerkt (starke Rückenakne und Akne sterni bei offenstehender Bluse in einem Fall; seit einem Jahr am Bart, Kinn Follikulitiden, die sich wiederholen, im anderen Fall).

Ein Patient, dem in der „Pechmühle" der Staub von oben herunter fiel, hat seine Pechhauterscheinungen auch mehr am Kopf hinten und Hals hinten (speziell Färbung und Komedonen).

Die Verfärbung der Sclerae fand sich bei den meisten Gebräunten, mehr oder wenig ausgesprochen.

Bei zwei Patienten fanden sich am Kopf schlaffe Tumoren mit Vereiterung. Ein Fall entzog sich meiner Beobachtung, nachdem ich Exstirpation angeordnet hatte; der andere, der schon früher solche Erscheinung hatte, kam nach Entleerung des Eiters usw. zur Abheilung. Ob hier accidentelle Befunde vorliegen oder „Pechtumoren", läfst sich aus dem geringen Beobachtungsmaterial nicht feststellen. Jedenfalls wäre es relativ seltene Erscheinung (Sekundärinfektion?).

Eine Analogie für solche gewerblich bedingte Tumoren wäre der sog. „Paraffinkrebs" der Paraffinarbeiter, während das gewöhnliche Krankheitsbild, die sog. „Paraffinkrätze", auch aus verstopften Follikeln und akneartigen Effloreszenzen resultiert.

Zum Schluſs erwähne ich noch die Lichtempfindlichkeit der Augen gegen helles Sonnen- oder Tageslicht.

Was die Behandlung dieser Pechhaut betrifft, so ist die Fernhaltung der Schädlichkeit wie bei allen gewerblichen Dermatosen die Hauptsache, aber leider in praxi schwer erreichbar. Die Färbung der Haut und Infiltration ist sehr besserungsfähig bei Aussetzen des schädlichen Einflusses. Die Färbung der Sklera scheint dauerhafter zu sein. Von Heilmitteln bewährte sich mir Naftalan (Naftalanzinkpasta) am besten; auch prophylaktisch lobten es die Arbeiter zumeist. Die Warzen wurden teils entfernt (die Arbeiter ätzten sich zum Teil selbst welche weg), teils schwanden sie spontan.

Die palmaren Keratosen wurden in üblicher Weise behandelt und rezidivierten wie zu erwarten durch fortdauernde Schädlichkeit.

Die Komedonen wurden in üblicher Weise, teils mechanisch, teils mit keratolytischen, schälenden Mitteln behandelt.

Prophylaktisch empfehlen sich Schutzeinsalbungen (Naftalansalbe) der Haut und eventuell staubdichte (dampfdichte?) Schutzbrillen. Versuche in letzterer Beziehung fehlen noch bei unseren Arbeitern.

Die Beobachtungen, speziell auch in histologischer Hinsicht, werden fortgesetzt zu weiterer Klärung dieses eigenartigen Gewerbekrankheitsbildes.

---

# Versammlungen.

## Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. Pollitzer-Wien.

Sitzung vom 28. Oktober 1908.

Ehrmann stellt vor:

1. einen Patienten, der unter Schling- und Atembeschwerden erkrankte, dann aber persistente Schwellungen im Gesichte und Nacken bekam, die als beginnende **Sklerodermie** anzusprechen sind. Sichtbare Veränderungen an der betroffenen Schleimhaut sind nicht vorhanden, jene Beschwerden daher als nervöse Reizerscheinungen aufzufassen; es besteht eine Vergröſserung der Thyreoidea, sonst kein Basedow, aber eine **alimentäre Glykosurie**, die auch in anderen Fällen von Sklerodermie mit Ausnahme eines sehr fortgeschrittenen gefunden wurde.

2. eine **Sklerodermie** mit stärkeren Muskelveränderungen.

3. einen Mann mit **papulösem Syphilid**, das sich vorzugsweise an den Lokalisationsstellen eines chronischen, lichenoiden Ekzems, der sogenannten **Mycosis flexurarum**, ausbreitet.

Grosz demonstriert:

1. eine 43jährige Frau, die im Frühjahre 1908 angeblich unter den Mammae ein Ekzem hatte, das unter Salben bald ausheilte, im Juli aber wieder ausbrach. Jetzt sieht man an der Haut der Brust und des Rückens unregelmäfsige, scharf begrenzte erythematöse Flecken, daneben auch gröfsere, derbe braunrote Schwellungen und auf deren Höhe gruppierte Bläschen. Trotz derselben ist die Affektion wohl als **Mycosis fungoides** aufzufassen. Im Blute Eosinophylie.

Diskussion: Ehrmann sah die Patientin im Juli; damals bestanden nur Bläschen, weswegen auch die Diagnose Pemphigus gestellt wurde.

Riehl möchte mit Rücksicht auf die Infiltrate die Diagnose Mycosis fungoides anerkennenn, wenn auch ein solches Vorstadium mit serpiginösen Bläschen sehr selten ist.

2. ein **Gumma linguae** in Form eines rifsförmigen Geschwüres in der linken Zungenhälfte. Anamnese negativ, Wassermann positiv.

Kren zeigt eine **Pityriasis lichenoides** bei einer 27jährigen Frau in Form zahlreicher, blafs gelblichroter, kleinerer Knötchen oder gröfserer flacher Effloreszenzen, letztere vielfach mit silberweifsen, psoriasisähnlichen Schuppen. An den Extremitäten vorwiegend die Beugeseiten betroffen.

Sachs demonstriert eine **Atrophia cutis idiopathica**, bei einer 54jährigen Frau an den Knien und Unterschenkeln ausgebreitet.

Scherber zeigt eine ähnliche als Erythromelie zu bezeichnende **Atrophia cutis idiopathica** einer 36jährigen Frau; an den unteren Extremitäten sind neben der Atrophie, besonders in den gleichfalls betroffenen Beugeflächen der Knie auch derbere, rauhe Stellen, die aber wohl auf äufsere Traumen zurückzuführen sind.

Mucha stellt vor:

1. eine **Bromakne**. Anfangs war die Diagnose nicht möglich, da blofs an der Beugeseite der Extremitäten zahlreiche kleine keloide Narben vorhanden waren. Als aber die an Hysterie leidende Patientin wieder Brom bekam, erschien daneben eine ganz frische Bromakne.

2. eine **Urticaria chronica recidivans** bei einer Frau, nicht so stark wie bei dem seinerzeit demonstrierten Fall, mit zahlreichen disseminierten blafsroten, stark juckenden Knötchen auf einer im ganzen rauhen, derben, verdickten, vielfach pigmentierten Haut. Im Gesichte zahlreiche Horncysten mit Fremdkörperriesenzellen im histologischen Bilde.

3. eine ähnliche, aber im Ablaufen begriffene **Urticaria papulosa chronica**.

4. ein gruppiertes **serpiginöses Syphilid**.

5. eine Kombination von **Lues** (Leukoderma und gruppiertem Syphilid am Körper) und **Erythema multiforme**.

Volk demonstriert:

1. einen nach der Holländerschen Methode (Chinin intern — Jodtinktur extern) behandelten **Lupus erythematosus** im Gesichte, Nacken und am rechten Ellenbogen.

2. zwei Geschwister, ein neunjähriges Mädchen und einen fünfjährigen Knaben mit voll ausgebildetem **Xeroderma pigmentosum**. Beide zeigen dicht gesät epheliden-artige Pigmentation, Gefäfsektasien und Tumoren, das Mädchen auch eine stark konsumierende Ulceration an den Nasenflügeln und rezidivierende Tumoren der Conjunctiva bulbi.

Diskussion: Riehl findet bei dem Knaben die trockene Beschaffenheit der Haut, die Xerosis gut entwickelt, wie sie Kaposi auch in seinem ersten Falle beschrieb und als typisch in die Nomenklatur aufnahm.

3. einen 57jährigen Mann, bei dem im Anschlusse an eine Verletzung ein oberflächliches gummöses Infiltrat am Handrücken auftrat. Anamnese negativ, WASSERMANN positiv.

4. eine seit drei Jahren bestehende Erkrankung der Gesichtshaut bei einem 63jährigen Manne, die sich von der Stirne über die Augenbrauen, Schläfen und Nasenwurzel auf die Wangen, links über das Ohr auf den Hals erstreckt und aus einem unregelmäfsigen, lebhaft braunroten, tumorartigen Infiltrat besteht, das im Zentrum leicht eingesunken ist, am Rand scharf begrenzt mit derbem Wall ist. Gegen die Augenbrauen, ebenso am Halse löst es sich in mehrere erbsen- bis hellergrofse flache Knötchen auf. Tuberkulinreaktion negativ; histologisch zeigt das Gewebe sarkoiden Charakter mit Riesenzellenbildung.

Diskussion. RIEHL: Aus dem klinischen Aussehen solcher Tumoren ist in einzelnen Fällen wie hier keine bestimmte Diagnose zu stellen; hierzu ist die histologische Untersuchung nötig, die häufig Granulationsgeschwülste ohne bestimmteren Charakter ergibt.

SCHRAMEK demonstriert:

1. **hereditär-familiäre Spontankeloide** bei einer 26jährigen Frau über dem Sternum, der Schulter und dem Rücken in typischer Form ausgebreitet; ebenso zeigen eine Schwester, die Mutter und der Grofsvater ausgebreitete **multiple** Spontankeloide, die Mutter am ganzen Körper zahlreiche (über 30) und bis 10 cm lange.

2. bei zwei kleinen Knaben die sogenannten **Mongolenflecke**, die ursprünglich nur bei Kindern der Chinesen und Japaner gefunden wurden, aber auch ohne diesen Rassenzusammenhang vorkommen.

ZUMBUSCH stellt vor:

1. zwei **Kinder** mit **Pemphigus vulgaris chronicus**, einen achtjährigen Knaben mit zerstreuten, einzelstehenden kleinen Bläschen und ein zwölfjähriges Mädchen mit gröfseren derben, in unregelmäfsigen Gruppen gestellten Blasen.

2. ein **Epitheliom der Schädeldecke**, von der Stirne bis zum Hinterhaupt in Form einer grofsen Ulceration ausgebreitet, die auch die rechte Ohrmuschel ergriffen. Der Grund derb, mit unregelmäfsigen, tumorartigen Knoten, der Rand wallartig, sich aus kleineren Knötchen zusammensetzend. Die Ulceration besteht vierzehn Jahre.

3. einen **Lichen ruber planus** mit typischen einzelstehenden und in Plaques angeordneten Knötchen bei einem neunjährigen Knaben.

4. einen **Lichen ruber planus** bei einem Erwachsenen mit starker Beteiligung der Wangenschleimhaut.

5. eine **Psoriasis universalis**. Die Haut im Gesicht, Stamm und an den Extremitäten diffus rot, schuppend, infiltriert; früher bestand eine Psoriasis nummularis, deren einzelne Herde an den Handrücken noch ersichtlich sind. Keine Alopecie; an den Nägeln nur punktförmige Vertiefungen.

KREN demonstriert:

1. eine seit drei Jahren bestehende **Pityriasis lichenoides** bei einem blassen Manne, mehr aus zerstreuten, flachen Knötchen bestehend.

2. eine Frau mit **Rhinosklerom**, die beide Nasenflügel und das Septum ergriffen und von letzterem tumorartig auf die Oberlippe übergreift. Auch die Schleimhaut des Rachens ist beteiligt; Knotenbildung ist auch an den hinteren Gaumenbögen zu sehen, die starr, spitzbogenförmig gegen die Pharynxwand aufragen.

REITMANN zeigt einen 50jährigen Mann, der bereits im Mai an der Klinik in Behandlung stand wegen einer Erkrankung der Oberlippe, die geschwollen, gerötet war und auf zerklüfteter Basis papilläre Wucherungen zeigte. Die vermutete Diagnose Trichophytie wurde mikroskopisch nicht bestätigt. 14 Tage nach dem Eintritt ins Spital

traten an beiden Handrücken Pusteln auf, deren Basis ebenso papillomatös wucherte. Für eine Blastomykose kein mikroskopischer Anhaltspunkt. Heilung unter Salicylpflaster. Im September neuerdings starke Wucherungen an der Oberlippe und unter Fieber an den Handrücken, Stirne, Augenlidern und Hals. Auftreten von Flecken und Papeln, die anfangs ähnlich einem Erythema multiforme aussahen, bald aber vereiterten. Diese und viele primäre Pusteln zeigten nach der Eröffnung wenig Eiter, aber an der ganzen Basis papillomatöse Wucherungen, ähnlich wie bei Brom- oder Jodakne. Daneben eine Rhinitis und Otitis media purulenta 30000 Leukocyten mit geringer Eosinophilie. Differentialdiagnostisch sind neben den genannten Affektionen wohl auch der Pemphigus vegetans und Syphilis cutanea vegetans auszuschliefsen; in der Literatur ist ein ähnliches Krankheitsbild nur von Schamberger als **Dermatitis framboesiformis** beschrieben.

Diskussion: Schindler weist diesbezüglich auf die von den Franzosen in den letzten Jahren beschriebene **Sporotrichosis** hin, die meist anders beginnt, aber oft ähnliche papillomatöse Bilder zeigt.

Winkler teilt einige Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Haut mit:

1. eine Methode zur Erzielung **der Durchsichtigkeit der Haut**, indem dieselbe in einer Flüssigkeit von gleichem Brechungsindex suspendiert wird; wenn dann die Gefäfse mit einer farbigen Masse (Ultramarinblau) injiziert werden, tritt ihr ganzes Netz sehr deutlich hervor. Demonstration der Kopfhaut eines 16jährigen Mannes, nach dieser Methode präpariert.

2. Den Befund eines experimentell gefundenen **Zentrums für die Schweifssekretion** an der Gehirnbasis, während bisher nur die Medulla oblongata als Durchgangszentrum bekannt war.

3. einen Versuch des **Pigmentstudiums durch Transplantation** von grüner Oberhaut auf weifse Bauchhaut und umgekehrt bei Laubfröschen. Eine Einwanderung oder Austausch von Pigment erfolgte innerhalb einer Beobachtungszeit von einem Jahre nicht; auch mikroskopisch verblieb die scharfe Trennung von pigmentierter und pigmentloser Haut.

Sitzung vom 4. November 1908.

Nobl demonstriert:

1. vier Fälle von **Induratio penis plastica** in verschiedenen Altersstufen von 18—45 Jahren. Die Ätiologie ist gleich den Resultaten der bisherigen Untersucher unklar und ebenso die Therapie in der Regel negativ; auch mit Thiosinamininjektionen war kein wesentlicher Fortschritt zu erzielen.

Diskussion: Ehrmann glaubt, dafs bei manchen Fällen eine angeborene, embryonale Knorpelanlage als Keim der Veränderung in Betracht komme.

Riehl hält die Ätiologie für vollständig ungeklärt; bisweilen geht auch die Induration wieder spontan zurück.

2. ein **Erythema induratum Bazin** bei einem zwölfjährigen Mädchen an den Unterschenkeln. Daneben Lymphomata colli. Auffallend ist die starke **Cutanreaktion** nach Pirquet.

Ullmann zeigt:

1. eine monströse **Papillombildung** in der **Mundhöhle eines Hundes**. Einwärts der ganz freien, behaarten Haut beginnen an der Schleimhaut der Lippen papillomatöse, derbe Wucherungen, im Bilde den Papillomata accuminata am Genitale analog, die auch die Zunge, den Gaumen und Rachen einnehmen. Solche Wucherungen sind selten beschrieben.

2. eine **Lues gummosa ulcerosa nasi** bei einem 27jährigen Manne, der vor 10 Jahren Lues akquirierte; damals geringe Erscheinungen, die auf 20 Einreibungen

und Jodkalium schwanden. Nach acht Jahren pustulöses Rezidiv. Jetzt seit einigen Monaten eine derbe Auftreibung der zum Teil bereits durch Ulceration konsumierten Nasenflügel, Zerstörung des häutigen und eines Teiles des knöchernen Nasenseptum. Dabei ist besonders die Resistenz dieser Veränderungen hervorzuheben, die durch Quecksilber, Jod und auch Arsen bisher in ihrer Progression nicht beeinflufst wurden.

3. ein **Antipyrinexanthem** in Form einzelner kreisrunder, rotvioletter Flecken an den Oberarmen und am Halse.

Grünfeld demonstriert drei Fälle von **Folliculitis decalvans**:

1. bei einem 29jährigen Sicherheitswachmann am Hinterhaupt eine Alopecie in Form von erbsen- bis hellergrofsen, ganz kahlen Stellen, die im Zentrum gerötet, am Rande scharf begrenzt sind und follikuläre, zum Teil krustöse Knötchen zeigen. Dauer $^3/_4$ Jahre.

2. bei einem 25jährigen Manne seit zwei Jahren bestehend erhabene, alopezische Stellen wie bei flachen Atheromen mit geringer Infiltration.

3. einen 39jährigen Mann mit einem seit fünf Jahren bestehenden Krankheitsprozefs; die Herde nicht mehr infiltriert, sondern flach atrophisch.

Reines stellt vor:

1. einen 19jährigen Eisendreher, der vor drei Monaten Lues durchmachte. Jetzt am Halse, den Achselfalten und in den Cubitae, den bei der Arbeit durch Reibung der Kleider am meisten gereizten Stellen, dicht gruppierte, derbe, stellenweise stärker schuppende und lichenoide Papeln.

2. eine **Lues framboesiformis** bei einem 34jährigen Manne; am Kinn und der Innenseite des rechten Augenbrauenbogens derbe Infiltrate von warzig papillärer Oberfläche.

3. am Stamm und den Extremitäten bei einem Manne zerstreute, stecknadelkopf- bis hellergrofse, sepiabraune, im Zentrum zum Teil violette **Pigmentationen** als Reste eines **Lichen ruber planus**; einige gröfsere Plaques, die mit Quarzlicht behandelt wurden, zeigen stärkere Pigmentation als die spontan abgelaufenen.

Grosz demonstriert das vor 14 Tagen vorgestellte **Zungengumma**, das auf Jodkaliumtherapie rasch zurückgeht.

Volk zeigt:

1. einen **Lupus erythematosus** bei einer 24jährigen Frau in Form eines grofsen Herdes an den Wangen; daneben aber zahlreiche kleinere knötchenartige Infiltrate, die Anlafs zur Verwechslung mit einem Lupus vulgaris gaben.

2. einen 35jährigen Mann, der 1892 Lues akquirierte, danach auch lungenkrank wurde. 1907 hatte er tuberkulöse Geschwüre an der Zunge und Wangenschleimhaut, jetzt am rechten Zeigefinger eine **Tuberculosis verrucosa cutis**.

3. das histologische Präparat von dem als **Sarkoid** vorgestellten Falle; auch dieses gestattet keine präzise Diagnose. Die Serumuntersuchung ergab nach Wassermann und Bauer ein **positives** Resultat. Es wird nunmehr eine **antiluetische** Therapie eingeleitet werden.

Oppenheim stellt vor:

1. einen **Lichen ruber acuminatus**, nicht universell, doch deutlich ausgebildet. An der Streckseite der Finger, am Handrücken und den Vorderarmen bis zum Ellenbogen Herde von derben, stecknadelkopfgrofsen, follikulären, rauhen Knötchen, die allerdings nicht einen deutlichen Hornkegel, aber zentral ein Haar erkennen lassen. Auch am behaarten Kopfe eine ähnliche Affektion, so dafs die Haut auch daselbst trocken und derb wie ein Reibeisen ist.

2. einen Tischler, der durch Bearbeiten des **Satinholzes** eine **urtikarielle Dermatitis** bekam. Diese entsteht durch den feinen Staub dieses Holzes (von einer

tropischen Caesalpinacee), ist in Deutschland selten, in Frankreich häufiger beschrieben und im Handbuch von WEYL bei Schiffbauarbeitern, die mit Satinholz arbeiten, beschrieben.

NEUGEBAUER demonstriert:

1. eine **extragenitale Sklerose** an der Oberlippe.

2. einen ausgebreiteten **Herpes zoster** coracobrachialis sin. mit zerstreuten Bläschen in der Vola manus, die für sich allein leicht zur Fehldiagnose Dyshidrosis führen könnten.

RIEHL zeigt eine monströse **Lappenelephantiasis.** Dieselbe besteht seit Kindheit. Stirne, Augenlid und Wange linkerseits sind von schlapp herabhängenden Tumoren eingenommen, die auch die Binde- und Wangenschleimhaut vorwölben. Ein anderer Tumor sitzt in der Schläfengegend, von einem harten Knochenwall begrenzt und den Knochen auch usurierend. Die Knochenveränderungen sind hierbei entweder angeboren oder erst sekundär durch Druck von Seiten des Tumor entstanden. Das ganze Krankheitsbild ist als angeborene Mifsbildung und Teilerscheinung eines Morbus RECKLINGHAUSEN aufzufassen. Prof. EISELSBERG wird durch Entfernung der Geschwülste eine kosmetische und funktionelle Besserung des Gesichts versuchen.

ULLMANN demonstriert eine 28jährige Frau, die seit 2½ Monaten an der Nase eine Erkrankung zeigt. Die Nase im ganzen geschwollen, die Nasenflügel, besonders der linke gerötet, schlapp, von kleinen, zum Teil eitrig belegten Geschwürchen bedeckt, deren Hervorgehen aus Pusteln am Rande noch deutlich ist. Er möchte Lues und Lupus ausschliefsen und eine **Folliculitis exulcerans nasi** annehmen. Im Eiter nur Staphylokokken, keine Blastomyceten, keine Spirochäten; die WASSERMANNsche Reaktion früher negativ, jetzt positiv.

Diskussion: WEIDENFELD hält die Affektion für Lues, die Geschwüre für miliare Gummen.

REITMANN stellt vor:

1. ein **Sarcoma idiopathicum KAPOSI** bei einem 35jährigen Bauern aus Mähren, seit zwei Jahren bestehend. Die Tumoren sind derb, schmerzlos, dunkelbraun.

2. einen 29jährigen Mann mit einem **Lupus vulgaris** am Septum und beiden Nasenflügeln; daneben an der linken unteren Extremität, und zwar an der grofsen, dritten und vierten Zehe und am Fufsrücken derbe, mit mächtigen papillären Exkreszenzen und harten, hornartigen Wucherungen bedeckte Knoten, aus denen sich bei Druck reichlich Eiter entleert. Diese **verrukös-papilläre Tuberculosis cutis** ist relativ gutartig (seit zehn Jahren bestehend), dabei aber sehr **reich an Tuberkelbazillen.**

3. einen **Lupus vulgaris** der Nase, des Gesichtes bis zu den Ohren und Lippen mit Zerstörung der häutigen Anteile der Nase und mächtiger elephantiastischer Verdickung der Lippen. Trotz vielfacher Behandlung (Exkochleation, Paquelin, Pyrogallol), die oberflächlich wirkt, Fortschreiten des Prozesses in die Tiefe und Ergreifen der Mundschleimhaut.

4. eine **Psoriasis vulgaris** mit besonderer Ausbreitung in den Beugeflächen, Vola manus und den Lokalisationsstellen der Seborrhoe an der Brust, am Kopfe und im Gesichte. Die Knötchen in der Vola stellen derbe, halbkugelige, wenig schuppende, braunrote Effloreszenzen dar, auch die Formen am Stamm sind sukkulent und wenig schuppend.

SCHRAMEK zeigt einen 36jährigen Mann mit einem chronischen **Lupus erythematosus** an den Streckseiten der Hände in Form flacher, atrophischer, feinschuppender Flecken. Früher bestanden auch Effloreszenzen im Gesichte und an den Ohren. Dabei schwere arthritische Veränderungen.

REITMANN demonstriert ein 22jähriges Mädchen mit einem seit sechs bis sieben Wochen bestehenden **Lupus erythematosus acutus disseminatus.** Dasselbe hat derzeit auch eine schwere Pneumonie mit hohem Fieber. Das Gesicht ist gedunsen, ödematös geschwollen, mit dünnen serös durchtränkten, blafs graugrünlichen Schuppenkrusten bedeckt wie nach oberflächlicher Blasenbildung, besonders an der Nase und Stirn; darunter, am Rande deutlicher sichtbar, flache, blafs gelblich rote Infiltrate. Auch die Ohren ödematös, mit feuchten Schuppen bedeckt. An den Beugeflächen der Finger und Zehen, in der Hohlhand und den Fufssohlen zahlreiche, stecknadelkopf- bis linsengrofse hellrote, flache, derbe Infiltrate; auch um den Nagelrand der Finger und Zehen flache, blafsrote Entzündungsherde mit dünnem Schuppensaume wie von einer bestandenen Blasendecke. An den Unterschenkeln finden sich in Gruppen angeordnete, linsengrofse, lochförmige, tiefbraune Pigmentationen nach einem alten, unbekannten Prozesse.

---

### Versammlungen der Ärzte des Mjassnitzki-Krankenhauses zu Moskau.

In der Zeitschrift *Medicinskoje Obosrenje*, 1908, Bd. LXX, Nr. 19, referiert TSCHLENOW über eine Sitzung der Ärzte des Mjassnitzki-Krankenhauses vom 15., 28. Oktober 1908, welche von allgemeinem Interesse war. Es kam nämlich folgendes zur Sprache:

1. TSCHLENOW machte Mitteilung **über die dermatologischen Kliniken in Italien und die Beziehung der Universitäten zu den Krankenhäusern daselbst.** Er schilderte, auf Grund eigener, während einer Reise gewonnener Eindrücke, wie der dermatologische Unterricht in Italien noch meist in den städtischen Krankenhäusern ausgeübt wird und dafs nur Rom, Neapel und Bologna spezielle Kliniken besitzen, welche er näher beschrieb. Aufserdem besitzt Florenz ein herrlich eingerichtetes Lichtinstitut, welches dank der Bemühungen von Prof. PELLIZZARI nur aus privaten Mitteln errichtet worden ist und welches nach TSCHLENOW eines der schönsten dieser Art in Europa ist.

2. JORDAN berichtete über **den X. Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Frankfurt a. M.**

3. MALYSCHEW gab Aufklärung **über das Resultat der Beratungen zur Frage einer Reorganisation der Überwachung der Prostitution in Moskau.** Diese Beratungen fanden auf Anregung des Moskauer Stadthauptmanns, unter Beteiligung von Vertretern der Stadtverwaltung, der Ärzteschaft und der Polizei statt und führten zu folgender Beschlufsfassung:

a) Die polizeiärztliche Beaufsichtigung der Prostitution zerfällt in zwei Abteilungen, in eine administrative und in eine sanitätsärztliche;

b) die administrative Beaufsichtigung geschieht durch die Polizei, welche darauf zu achten hat, dafs die für die Prostituierten festgesetzten Bestimmungen streng eingehalten werden;

c) die administrative Behörde hat auf Grund der Bestimmungen der polizeiärztlichen Behörde das Recht, Erlaubnis zur Eröffnung besonderer Wohnungen resp. Häuser zu geben, wo Rendezvous stattfinden können;[1]

d) die allgemeine Beaufsichtigung der Prostituierten in Moskau liegt in den Händen der polizeiärztlichen Behörde, die dem Stadthauptmann untergestellt ist.

---

[1] Am 1. (13.) August 1906 sind nämlich die bisher in einem bestimmten Stadtteil Moskaus konzentrierten öffentlichen Häuser geschlossen worden.

Anmerkung des Ref.

Ferner gab die Kommission dem Wunsche Ausdruck, daſs die polizeiärztliche Behörde nach Möglichkeit zur Untersuchung der Prostituierten weibliche Ärzte anstellen, die Untersuchungen am Ort allgemeiner, weiblicher Ambulatorien vornehmen und endlich Regeln ausarbeiten lassen solle, unter welchen auch von seiten der Spezialärzte für Haut- und venerische Krankheiten den Prostituierten Visa erteilt werden könnten.

4. Der Oberarzt des Krankenhauses benachrichtigte die Versammlung, daſs zum Besten der Anschaffung eines Finsenapparates beim Mjassnitzki-Krankenhaus zwei Spenden im Betrage von zusammen tausend Rubel eingegangen seien.

*Arthur Jordan-Moskau.*

---

# Fachzeitschriften.

## Sexual-Probleme.[1]

(Der Zeitschrift Mutterschutz neue Folge.)

Juni 1908.

**Die sadistischen Liebesopfer des Abend- und des Morgenlandes**, von Chr. v. Ehrenfels. Die Sitte der Verkrüppelung der Füſse bei den Chinesinnen wird als eine besondere Form des „sadistischen Liebesopfers" hingestellt. Auſserdem erzieht sie die jungen Männer zum Fuſsfetischismus.

**Gedanken über sexuelle Abstinenz**, von P. Näcke. Weder sexuelle Abstinenz noch Ausschweifungen kommen als Ursache von Psychosen in Betracht. Nur bei nervös Minderwertigen kann Abstinenz eventuell einmal schaden. Der Gesunde wird durch sie kaum belästigt. Anzuempfehlen ist Abstinenz vor allem zwecks Vermeidung von Geschlechtskrankheiten.

Juli 1908.

**Die Tempelprostitution in völkerpsychologischer Beziehung**, von Achelis-Bremen. Es ist unangebracht, in der Tempelprostitution der Inder und anderer Völker einen Beweis sittlicher Entartung zu erblicken. Es handelt sich um ein soziales Institut, das in den meisten Fällen einen religiösen Zusammenhang verrät. Des weiteren steht der Kult in Zusammenhang mit der Fruchtbarkeit des Landes. Es gilt, die schädigende Wirksamkeit böser Geister abzuwehren oder für den reichen Ertrag einer Ernte zu danken. Mit der gewerbsmäſsigen Prostitution hat diese Art keinen Zusammenhang.

**Die Einwirkung der sexuellen Abstinenz auf die Gesundheit**, von Anton Nyström-Stockholm. Auf Grund von 90 in eigener Praxis beobachteten Fällen ist Autor zu der Überzeugung gekommen, daſs sexuelle Abstinenz sehr wohl Krankheiten, und zwar ernste und gefahrdrohende, hervorzurufen vermag, beim Weibe weniger häufig als beim Manne. Wahre Krankheiten dieser Art sind: Hodenentzündung, Spermatorrhoe, allzu häufige Pollutionen, Impotenz, Neurasthenie, Melancholie. Eingehender beschäftigt sich der Aufsatz mit den Schriften einiger Abstinenzeiferer unter den Ärzten, welche Schädigungen durch Abstinenz leugnen und auſserehelichen Geschlechtsverkehr ohne weiteres als unsittlich charakterisieren.

[1] Wir bringen aus dieser Zeitschrift nur die den Dermatologen und Urologen interessierenden Artikel. D. R.

August 1908.

**Die Ursachen der Prostitution**, von ADOLF GERSON - Filehne. Die Untersuchungen des Autors wollen zeigen, dafs der Zusammenhang zwischen sozialem und sittlichem Elend durch Trugschlüsse geknüpft ist, dafs das wirtschaftliche Elend nur indirekt von Einflufs auf die Prostitution ist, dafs es die Prostitution zwar ungemein verstärkt, sie aber nicht veranlafst; die eigentlichen Ursachen der Prostitution seien psychologischer und biologischer Natur.

September 1908.

**Geschlechtliche Ansteckung und Verschuldung**, von FRANZ KIRCHBERG-Berlin. Verfasser unterzieht die Entscheidung des Stettiner Kaufmannsgerichtes einer sehr berechtigten Kritik. Ein Handlungsgehilfe wurde wegen Psoriasis im Krankenhause behandelt und von seiner Firma, die erfahren hatte, dafs er gleichzeitig auch wegen Blennorrhoe behandelt werde, ohne Kündigung entlassen. Nach Ansicht des Gerichtes bildet Blennorrhoe allein Grund zur sofortigen Entlassung. Die Berechtigung dazu soll § 72, Abs. 3 des H. G. B. geben. Nun wird aber nur in den seltensten Fällen ein Blennorrhoekranker längere Zeit in seinem Dienst behindert. Die Folge einer solchen Entscheidung ist, dafs sich Kranke nicht behandeln lassen, zum mindesten nicht einer Spezialabteilung in einem Krankenhause überweisen lassen, um nicht ihrer Stellung verlustig zu gehen.

Eine scharfe Zurückweisung erfahren ferner die Worte des Urteils: „Nach Ansicht des Gerichtes könne der Gehilfe, der sich amüsiert, nicht gut verlangen, dafs der Prinzipal das Amüsement bezahlen solle. Durch eine Reihe von Autoritäten sei festgestellt, dafs der aufsereheliche Geschlechtsverkehr durchaus keine Notwendigkeit sei."

*Arthur Schucht-Danzig.*

---

## Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VIII, Heft 7.

**Studien über Syphilis bei Kontrollmädchen, speziell in bezug auf Tertiarismus**, von H. J. SCHLASBERG-Stockholm. (Fortsetzung.) Literaturzusammenstellung der Ansichten der Syphilidologen über die Quecksilberbehandlung, insbesondere über die Beeinflussung der Spätsyphilis durch Quecksilberkuren. Schlufs folgt.

**Die Sexualenquete unter der Moskauer Studentenschaft.** Bericht, erstattet von TSCHLENOFF in der dermatologischen und hygienischen Sektion des zehnten PIROGOFFschen Kongresses. Ins Deutsche übertragen von M. FELDHUSEN-Warschau. (Schlufs.) Die Gesamtzahl geschlechtskranker Studenten betrug in Moskau 25,3 %; die Syphilis war in 2,7 %, die Blennorrhoe in 19,6 %, Ulcus molle in 3 % der Fälle festgestellt. Diese Moskauer Angaben stimmen fast mit den Daten der Dorpater überein, übersteigen teils die der Breslauer und bleiben gegen die der Charkower weit zurück. Hierbei will der Verfasser berücksichtigt wissen, dafs die Charkower Enquete von 1902, d. h. einer Zeit relativer politischer Ruhe datiert; in Moskau und Dorpat von 1904, einer Zeit stürmischen revolutionären Gärens, wo politisches Interesse alle erotischen Übertreibungen und damit auch die Möglichkeit venerischer Erkrankung in den Hintergrund drängte.

*Schourp-Danzig.*

---

## American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band XII, Nr. 10.

**I. Elektrotherapie: eine unerläfsliche Methode bei Nerven-, Haut- und Geschlechtskrankheiten**, von J. MONROE LIEBERMANN-New York.

II. **Persönliche Erfahrung mit einer Hautkrankheit**, von D. W. Harrington-Milwaukee. An seinen eigenen Fingerspitzen beobachtete der Verfasser eine rezidivierende, schmerzhafte Hautentzündung mit dunklerem Hofe und Bläschenbildung. In jedem Bläschen fand sich ein dornartiger Zapfen, ähnlich den Raupenhaaren; in dem Krankheitsbilde sah der Verfasser mit dem von ihm konsultierten Dermatologen O. H. Förster ein Analogon zur Raupenhaar-Dermatitis.

III. **Nervenmanifestationen der Syphilis**, von William House-Oregon.

IV. **Pruritus ani**, von Alfred M. Bessesen-Minneapolis. Eine Reihe therapeutischer Maſsnahmen, ohne Neues zu bringen.

V. **Akute und rezidivierende Epididymitis**, von Theron J. Kinnear-Springfield. Empfehlung der Gonokokkenimpfung, durch welche der Krankheitsverlauf schmerzloser und schneller ist.

VI. **Die therapeutische Wirkung des Jods und seiner Verbindungen und des Quecksilbers bei Krankheiten auſser Syphilis**, von Henry Alfred Robbins-Washington. Neben Erkrankungen des Gefäſs- und Lymphdrüsensystems wird die menschliche Tuberkulose erfolgreich mit Jod und Hg behandelt. Literaturübersicht.

VII. **Vaginalduschen**, von Emma J. Warren-Chicago.

VIII. **Wahnsinnige Heilkunde**, von John Hund-Milkaukee. Durch Beispiele von unsinnigen Verordnungen will der Verfasser zeigen, wie Unwissenheit und Pfuscherei mancher Ärzte den Patienten Schaden zufügen.

IX. **Notwendigkeit der Gram-Färbung bei Blennorrhoe. Ihr Wert bei der Diagnose**, von Abraham S. Bienenstock-New York.

X. **Kataphorese**, von Mark W. Peyser-Richmond. Abdruck der Originalarbeit aus: *The Virginia Medical Semi-Monthly.*

XI. **Ekzembehandlung**, von R. L. Sutton-Kansas City. Nichts Neues. Die Arbeit erschien bereits in *Boston Medical and Surgical Journal.*

XII. **Syphilisbeobachtungen**, von John A. Fordyce-New York.

XIII. **Proben der Nierenfunktion**, von Warren A. Dennis-St. Paul. Der Wert der Indigokarmin- und Phloridzinprobe für die Diagnose ist zweifellos.

XIV. **Ätiologie und Pathologie der chronischen interstitiellen Nephritis**, von Louis A. Levison-Toledo.

XV. **Lumbago, Nierenerkrankung vortäuschend**, von T. M. Reade-Springfield.

*Schourp-Danzig.*

---

**Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.**

Bd. VIII. Nr. 22.

**Beitrag zum Studium der Behandlung des Carcinoms mittels Fulguration**, von R. Desplat-Lille. Verfasser teilt ausführlich 18 Krankengeschichten mit. Die Behandlung erfolgte genau nach den Vorschriften von Keating-Hart. Von den so behandelten Fällen sind sieben unumwunden als Miſserfolge rubriziert, während elf als genesen geschildert werden. Allerdings beträgt die seit der Entlassung verflossene Zeit in keinem Falle mehr als acht Monate. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

**Bulletin de la Société belge de Dermatologie et de Sphiligraphie 1907/08.**

Jahrg. 8. Nr. 8.

Sitzung vom 12. April 1908.

**Ein Fall zum Diagnostizieren, Fibrom der Gefäſsadventitia**, von Cruyl-Gand. Ein 29jähriger Schmied bemerkt seit seinem 20. Lebensjahr rote bis bräunlich-

rote Flecke und Knötchen, welche sich allmählich über den ganzen Körper ausgebreitet haben. Syphilis kann mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden. Die Biopsie ergab Fibrome in der Adventitia der Gefäfse.

**Ein Fall zum Diagnostizieren,** von Dietz-Antwerpen. Bei einem Syphilitiker hat sich am Handrücken eine Gruppe von etwa einem Dutzend stecknadelspitzen- bis erbsengrofsen purpuraartigen Flecken entwickelt. Die antiluetische Behandlung hat gar keinen Einflufs auf dieselben ausgeübt.

**Radiodermatitis,** von Dietz-Antwerpen. Der etwa 30 Jahre alte Patient, welcher sich vielfach mit Röntgenstrahlen zu beschäftigen gehabt hat, zeigt am Handrücken eine etwa fünfmarkstückgrofse, gerötete, schuppende und heftig schmerzende Stelle. — Poirier glaubt eher an eine Trichophytose, weil immer noch etliche Haare vorhanden sind, wenn auch viele ausgefallen sind.

**Fall zum Diagnostizieren,** von Laitat-Brüssel. Eine 21jährige Patientin mit diversen Symptomen von Spätsyphilis bietet am Thorax und Abdomen zahlreiche kleine, rundliche oder ovale, mattweifse Erhebungen dar; man hat den Eindruck einer geleerten Bulla. Diese Läsionen sollen zuerst vor etwa drei Jahren hervorgetreten sein; sie gehen im Laufe von etwa 14 Tagen ohne Eiterung in Narbengewebe über.

**Ablösung der Nägel und Therapie dieser Affektion,** von Minne-Gand. Es werden Photogramme vorgelegt von den Händen eines Patienten, bei welchem sämtliche Nägel aufser zweien sich von ihrem Bette anscheinend spontan abgelöst hatten. Die Behandlung bestand in Fingerbädern von 35—45° von drei bis vier Minuten Dauer, täglich drei- oder viermal verabreicht. Der Erfolg war die vollständige Wiederherstellung normaler Nägel in fünf bis sechs Monaten.

**Ein noch nicht beschriebener, künstlich hervorzurufender, flüchtiger Ausschlag bei einem Syphilitiker,** von Minne-Gand. Bei dem 30jährigen, im vorigen Jahr mit Syphilis infizierten Arbeiter fiel es auf, dafs ein leichtes Streichen etwa mit der Spitze des Stethoskops auf der Haut zunächst ein kurzes Rotwerden, dann Abblassen derselben hervorruft, worauf sich auf dem blassen Grunde in grofser Zahl kleine rote, 6—8 mm messende, wenig erhabene, auf Druck abblassende Papeln entwickeln. Die ganze Erscheinung dauert nur drei bis fünf Minuten und ist nicht mit Juckreiz verbunden. Von gewöhnlicher Urticaria ist sie präzis zu unterscheiden. Vielleicht handelt es sich dabei um Endarteritis etwa infolge von gruppenweiser Anhäufung von Spirochäten.

**Zwei Fälle von Lepra,** von Poirier-Antwerpen. Es handelte sich um zwei Männer, welche sich lange in den Tropen aufgehalten hatten und eine Reihe der üblichen Symptome darboten.

**Ein Kopfstein,** von Poirier Antwerpen. In einer Falte der Kopfschwarte fand P. bei einer jungen Dame ein nufsgrofses, steinhartes Konkrement, welches sich mühelos entfernen liefs. Das Gebilde, welches schon mehrere Jahre alt war, war höchstwahrscheinlich aus einer Talgdrüsencyste hervorgegangen.

**Schanker der Hand,** von Poirier-Antwerpen. Photogramm eines Primärsyphilids am Handrücken bei einer Hebamme. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Bücherbesprechungen.

**Differentialdiagnose der Anfangsstadien der akuten Exantheme,** von A. Tobeitz-Graz. (Ferd. Enke, Stuttgart 1908.) Mit dieser Publikation hat die Verlagsbuchhandlung jedenfalls wieder einen guten Griff getan, denn einesteils ist das Thema von eminent praktischer Wichtigkeit für fast die gesamte Ärzteschaft, und anderenteils hat der Verfasser es durchaus verstanden, in kurzer, aber klarer und anziehender Form eine Übersicht unserer gegenwärtigen Kenntnisse und diagnostischen Anhaltspunkte darzubieten. Es werden der Reihe nach besprochen: Scharlach, Masern, Röteln, Dukes' „vierte Krankheit", der epidemische Schweifsfriesel, Variola und Varicella. Da uns bei diesen Erkrankungen die Bakteriologie und auch die (von T. freilich etwas knapp berücksichtigte) Untersuchung von Blut und Urin keine ausschlaggebenden Handhaben zur Diagnose liefern, ist die sorgfältige Beachtung von möglichst vielen sonstigen klinischen Symptomen das einzige Mittel, um folgenschwere Irrtümer zu vermeiden. Auch können manche Fälle trotz allem noch strittig bleiben, wie z. B. Erkrankungen an Scarlatina sine exanthemate, welche T. als solche nicht gelten läfst, sondern als eine Kokkeninfektion ohne Scharlachvirus deuten möchte. Desgleichen bedarf die Dukessche vierte Krankheit trotz etlicher recht präziser Beobachtungen noch der Klärung ebenso wie die kurz erwähnte de la Harpesche „fünfte Krankheit", welche vielleicht nur Fälle von grofsfleckigen „örtlichen" Röteln darstellt.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Physikalische Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten,** von K. Ullmann-Wien. Stuttgart, Ferdinand, Enke 1908.) In den vorliegenden Heften 21a und 21b der „Physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen" behandelt K. Ullmann in überaus geschickter Weise das Kapitel der physikalisch-diätetischen Therapie der Haut- und Geschlechtserkrankungen, indem er die spezielle Therapie für die einzelnen und wichtigsten Krankheitsformen gesondert darstellt. Diese Art der Bearbeitung machte eine gewisse Systematik in der Anordnung des Stoffes notwendig, schon um Wiederholungen zu vermeiden; zu diesem Zwecke legte U. seinem Werke vorwiegend ätiologische Gesichtspunkte zugrunde, da diese am besten mit dem Prinzipe einer kausalen und naturgemäfsen Therapie in Einklang zu bringen sind. Und so gliedern sich aneinander die Abschnitte: hereditäre, kongenitale, naevusartige Bildungen, parasitäre Hautleiden, tuberkulöse Hauterkrankungen, typische und atypische Dermatosen als Symptome von Hautreaktionen, bullöse Hautreaktionen, Anomalien der Haut- und der Schweifssekretion, trophische und Gefäfserkrankungen der Haut, Neubildungen. Im Anhang findet sich eine kurze Darstellung der statischen Elektrizität, der Franklinisation, Mortonisation, der Hochfrequenzströme und Fulguration.

Bei der physikalisch-diätetischen Therapie der Geschlechtskrankheiten erkennt U. die Berechtigung der Abortivbehandlung des Trippers an; weiter weist er auf seinen Apparat zur Spülung der vorderen Harnröhre, durch welchen mittels eines Ballongebläses stofsweise die Spülflüssigkeit durch einen Katheter ausströmt. Einen breiten Raum nimmt die physikalische Behandlung der Prostataerkrankungen ein, ohne dafs jedoch andere Komplikationen der Blennorrhoe zu kurz kommen. Auf dem Gebiete der Syphilis hat der Verfasser von den einzelnen physikalischen Verfahren das Wichtigste und für die Praxis Brauchbare hervorgehoben. Insgesamt 118 Textabbildungen erhöhen den Wert des Buches, dessen Preis — Mk. 9.60 für beide Teile — als wohlfeil bezeichnet werden mufs. *Schourp-Danzig.*

---

# Mitteilungen aus der Literatur.

## Saprophyten und Fremdkörper.

**Zwei Beobachtungen von subcutanem Emphysem im Verlaufe schwerer Appendicitis**, von A. Roux de Brignoles. (*Marseille méd.* 15. Jan. 1908.) Bei einem Gymnasiasten und einer älteren Frau, deren schwerer Zustand eine Operation unmöglich machte und die an Peritonitis zugrunde gingen, trat wenige Tage vor dem Exitus ein in der Ileo-Inguinalfurche beginnendes und über den ganzen Rumpf bis zum Halse sich ausbreitendes Hautemphysem auf, für dessen Entstehung eine Erklärung fehlt. Verfasser hält das Auftreten dieses Emphysems für ein sehr ungünstiges prognostisches Zeichen bei Appendicitis. *W. Lehmann-Stettin.*

**Über Argyrie**, von Th. Dohi-Tokio. (*Virchows Arch. f. path. Anat. usw.* Bd. 193, Heft 1.) Der untersuchte Fall war eine 54jährige Kranke, die seit mehr als 20 Jahren an Tabes dorsalis litt und mindestens seit 16 Jahren andauernd Silbernitrat in Form von Pillen eingenommen zu haben angab. Bei Lebzeiten war eine diffuse, mattsilbergraue Färbung der Hals- und Gesichtshaut bemerkt worden. Die Untersuchung nach der Autopsie ergab, daſs die Silberablagerung ganz vorwiegend die Mesenterialdrüsen betraf, namentlich an den Henleschen Schleifen und den Sammelröhren, sowie die Ovarien, die Haut, besonders das elastische Gewebe um die Schweiſsdrüsenknäuel und in den oberen Cutisabschnitten; dann die wahren Stimmbänder, das Herz, die Aorta und die anderen groſsen Gefäſse; weniger beteiligt waren das Sarkolemm der quergestreiften Muskelfasern, das Perichondrium, Perineurium, die Kapsel der Milz, Leber, Nebenniere und die glatten Muskelfasern. Nur sehr gering war die Silberablagerung im Pankreas, in den Nebennieren und in der Schilddrüse. *Schourp-Danzig.*

**Kalkablagerungen unter der Haut**, von Staehelin-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 37.) Im Verein für innere Medizin in Berlin stellte S. eine 57jährige Patientin vor, welche seit etwa fünf Jahren erst am rechten, später auch am linken Mittelfinger unter der Haut Ablagerungen von Konkrementen darbietet. Dieselben enthalten Kalk und Phosphorsäure, aber keine Harnsäure. Gelegentlich wird ein Steinchen unter Eiterung ausgestoſsen. Zugleich leidet Patientin an ischämischen Störungen an den Händen. Zur Behandlung wird die kataphoretische Einleitung von Chlorionen versucht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Fall von Ochronose**, von L. C. E. Harston und A. B. Soltau-Plymouth. (*Brit. med. Journ.* 23. Mai 1908.) Ein 60jähriger Landwirt kam wegen einer seit ganz kurzer Zeit erst bestehenden bläulichen Verfärbung des Gesichts in Behandlung. Bei dem gut genährten und sonst stets völlig gesund gewesenen Mann waren die nicht von Haaren bedeckten Hautteile von schieferblauer Farbe, die auf den Backenknochen ins Schwarze überging. An den weniger intensiv verfärbten Gebieten sah man ferner eine dichte Aussaat von 1/2 mm groſsen dunkelbraunen Pigmentflecken. Auf Bauch, Brust und Rücken fanden sich zahlreiche, angeblich seit dem Kindesalter bestandene, kleine, schwarze Warzen. Es war auch durch eine sehr eingehende Untersuchung nicht möglich, über die Ätiologie dieser eigentümlichen Pigmentierung sich Aufklärung zu verschaffen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Mifsbildungen.

**Beitrag zur Frage der systematisierten Naevi**, von Eugen Schenck. (Inaug.-Dissert. Marburg 1907.) Der ausführlich geschilderte, der Arbeit zugrunde liegende Fall betrifft ein achtjähriges Mädchen, dessen Eltern und Brüder gesund sind. Patientin selbst war, von ihrer Hauterkrankung abgesehen, sonst immer in gutem Gesundheitszustand. Ihre Hautaffektion hat ihr niemals besondere Beschwerden gemacht. Niemals hat sie Jucken verspürt. Nach Angabe der Mutter war das Kind bei seiner Geburt und auch nachher bis zu einem Alter von $^1/_2$—$^3/_4$ Jahren ohne irgendwelche krankhaften Veränderungen. Es traten im Alter von sechs bis neun Monaten, zuerst in der Gegend des Anus, zahlreiche hellrote Flecken von verschiedener Gröfse, markstück- bis talergrofs, oder auch kleinere und gröfsere in grofsen Mengen auf. Nächst der Gegend um den Anus herum wurden in zweiter Linie die Arme befallen, zuerst der rechte. Zu einer Zeit, wo bereits der Handrücken und der Oberarm erkrankt waren, waren die mittleren Partien des Unterarms noch frei. Auch am linken Arm erkrankte der mittlere Teil des Unterarms etwas später als die übrigen Teile des Unterarms. Bald darauf traten auch an den Beinen rote Flecken auf, die sich von oben nach unten hin allmählich ausbreiteten. Zuletzt erkrankte die Gegend unter dem Kinn und die beiden Ohren. Die Flecken waren von hellroter Farbe und wechselten fortwährend an Intensität. Besonders deutlich traten sie hervor, wenn das Kind gebadet wurde. Nachdem eine Zeitlang nur diese roten Flecken bestanden hatten, wurden die von ihnen befallenen Stellen allmählich rauh und trocken und es kam zu einer leichten Abschilferung. Erst mit vollendetem dritten Lebensjahr war das Bild der Erkrankung etwa ein solches, wie das Kind es bei der Aufnahme zeigte (Abbildungen). Immer dichter rückten die mit Schuppen bedeckten Partien zusammen, dickere Borken traten auf; die vorher ganz weifse Haut wurde an den erkrankten Teilen dunkelbraun bis schwarz, ganz trocken und stark rissig. Eine deutliche Abschilferung wurde niemals bemerkt. Auch nachdem die Erkrankung zu dem vollentwickelten Bilde fortgeschritten war, zeigten sich noch öfters rote Flecken, die besonders an der Grenze von gesunder und kranker Haut safsen. Auch im Gesicht wurden oft brandrote Flecken bemerkt. Bei der Betrachtung der Patientin fällt in erster Linie die fast symmetrische Erkrankung der oberen und unteren Extremitäten auf. Die unteren sind (wie auch die Abbildung recht schön zeigt) fast vollständig, die oberen nur zum Teil dunkelbraun bis schwarz gefärbt. Die ergriffenen Stellen sind von einer etwa 1 mm dicken, vollkommen gleichmäfsig verteilten, nirgends besondere Auswüchse zeigenden, stark rissigen, hornartigen Schicht bedeckt. Die Massen hängen fest mit der Unterlage zusammen und lassen sich nur mit Mühe abkratzen, was starke Schmerzen verursacht. Nach dem Abkratzen entsteht weder eine blutende noch nässende Stelle. Die Hornmassen sind von bröckeliger Konsistenz. Die Erkrankung schneidet fast überall ganz scharf gegen die umgebende gesunde Haut ab. Die Haut fühlt sich an den ergriffenen Stellen sehr trocken und rauh an, wie wenn man über ein Reibeisen streicht. Die Einrisse in die Hornmassen sind ganz unregelmäfsig und schneiden gröfsere und kleinere prismenartige Felder ab. Nirgends bestehen ekzemartige Affektionen. Auch beide Ohren zeigen einen starken Belag von Hornschuppen und graubräunliche Verfärbung. Am Hals findet sich eine vollkommen symmetrische, 3 cm hohe und 6 cm lange Stelle. Auf der rechten Schulter ist ein Fleck, ein Analogon auf der linken fehlt. Am Nabel eine symmetrische Stelle. Die beiden Labien sind pigmentiert und tragen genau symmetrische, etwa zehnpfennigstückgrofse, braunschwarze Flecken, die mit feinen Schuppen bedeckt sind. Die Erkrankung an den beiden Armen weist im allgemeinen eine hochgradige Symmetrie auf, ganz besonders

ist sie an den Oberarmen ausgesprochen, wo die Hautveränderung eine höchst unregelmäſsige Form aufweist. An den Extremitäten fällt an den Grenzen der gesunden und kranken Haut an einigen Stellen ein intensiv roter Saum auf von etwa 1 mm Breite. Die Haarbildung an den erkrankten Stellen ist nur an der Streckseite der Unterarme und auf der Glutäalgegend vielleicht etwas vermehrt: lange, dicke, brüchig aussehende Haare. Nie Schweiſsabsonderung an den erkrankten Stellen. Nägel und Kopfhaare normal. Sensibilität der erkrankten Stellen herabgesetzt. Die Behandlung brachte keinen dauernden Nutzen.

In histologischer Hinsicht ergab sich an positiven pathologischen Tatsachen folgendes: Das auffallendste Symptom ist die starke Verdickung der Hornschicht und ihre steilwandige Anordnung. In zweiter Linie trat ein dichteres Zusammenrücken und eine Verlängerung der Papillen hervor. In dem Papillarkörper und in den oberen Teilen der Cutis fanden sich Zellinfiltrationen, das Stratum granulosum war stark verbreitert. In dem Rete Malpighii fanden sich in einzelnen Zellen Protoplasmaveränderungen. Die Schweiſsdrüsen lagen auffallend dicht zusammen. Das elastische Fasernetz zeigt in Anordnung und Menge Abweichung von der Norm.

Verfasser erörtert eingehend und kritisch die Stellung seines Falles im System der Hautkrankheiten. Der Fall erfülle in seinem Verhalten alle Anforderungen, die man an einen keratotischen Naevus nach den neueren Anschauungen stellen muſs.

Die Grenzen der Hautveränderungen verlaufen im allgemeinen parallel den Voigtschen Haarströmen, so wie sie in der Originalarbeit abgebildet sind. An den beiden Armen geht die Hautveränderung auf der Beugeseite entsprechend einem Konvergieren der Haarströme oberhalb des Ellenbogengelenkes in einen Streifen über, der, dem Verlauf des Sulcus bicipitalis internus folgend, den Haarströmen ziemlich parallel angeordnet ist. Die Lokalisation an der vorderen Achselfalte entspricht, wie auch die Grenze auf der Streckseite des Armes, einem Haarstromwirbel. Eine lückenlose Übereinstimmung mit den Voigtschen Haarströmen besteht nicht, obschon die Lokalisation des Naevus im beschriebenen Fall in gewisse Beziehungen zu denselben zu bringen ist. Irgendwelche Beziehungen zu anderen Liniensystemen bestehen nicht.

*Fritz Loeb-München.*

**Über die behaarten Rachenpolypen**, von Franz Josef Bastgen. (Inaug.-Dissert. Gieſsen 1908.) Auf Grund der statistischen Zusammenstellung des Verfassers (28 Fälle) läſst sich konstatieren, daſs die behaarten Rachenpolypen kongenitale Gebilde sind. Die meisten dieser Tumoren wurden sofort einige Stunden (14), einige Wochen (sieben) nach der Geburt beobachtet, also in 21 Fällen während des ersten Lebensjahres entdeckt, und nur sieben Fälle sind bekannt, bei denen erst später der Polyp wahrgenommen wurde. Auffallend ist, daſs das weibliche Geschlecht mit Vorliebe befallen wird; nur vier Fälle wurden bei Männern beobachtet; zehnmal fehlen nähere Angaben über das Geschlecht. In allen Fällen war die Oberfläche, soweit sie zu der polypösen Geschwulst selbst gehörte, von einer behaarten Cutis überzogen. Ein Papillarkörper fehlte in fünf Fällen. Talgdrüsen konnten fast in allen Fällen reichlich beobachtet werden. Schweiſsdrüsen fanden sich in allen mikroskopisch untersuchten Fällen. Die Haare waren in allen Fällen Lanugohärchen. Die quergestreiften Muskelfasern sowohl, wie auch die Knorpel- und Knochenbildungen sind nicht zu den für die behaarten Rachenpolypen charakteristischen Bestandteilen zu rechnen; diese bestehen vielmehr ausschlieſslich in einer mit behaarter Haut überzogenen Fettgewebsanhäufung. Das Charakteristische und Bestimmende für die behaarten Rachenpolypen ist das Vorkommen ektodermalen Gewebes im Rachenraum und hieraus ergibt sich bezüglich der Genese derselben der zwingende Schluſs, daſs sie ihre Entstehung nur einer Wucherung regionär verlagerter Zellen, einer Transplantation ektodermalen Gewebes

verdanken. Die behaarten Rachenpolypen haben mit den im Sinne der Blastomerentheorie als wahre Epiganthi zu bezeichnenden Gebilden nichts gemein, sondern sind als lokale Gewebsmiſsbildungen der Rachenmundhöhle aufzufassen.

*Fritz Loeb-München.*

**Systematisierter Hornnaevus — Naevus der Cornea — Cataracta juvenilis. Schwere Veränderungen des Augenhintergrundes,** von C. Kreibich-Prag. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 21.) Im allgemeinen gilt es fast als ein Axiom, daſs auch bei hochgradiger Ichthyosis und sonstigen Hyperkeratosen der Haut die auch aus dem Ektoderm hervorgegangenen Augenteile, Cornea und Linse, verschont bleiben. Zu den wenigen in der Literatur verzeichneten Ausnahmen fügt K. hier noch eine hinzu, die er trotz der mangelhaften Anamnese als kongenital entstanden deutet. Es fanden sich bei dem sechsjährigen Knaben auf der Kopfhaut und im Gesicht strich- und scheibenförmige Herde von papillärer Hypertrophie und Hyperkeratose, welche auf der rechten Cornea in 1 cm Länge und 2¹/₂ mm Breite sich als eine opake, mattgraue Erhebung fortsetzten. Die Linse war intensiv grauweiſs, die Vorderkapsel faltig verdickt; am Augenhintergrund wurden nach der operativen Entfernung der Linse eine ausgedehnte Netzhautablösung, abnorme Pigmentierungen und gröſsere Anhäufungen von Cholestearinkristallen als die wesentlichsten Abnormitäten konstatiert. Am linken Auge bestanden ein intensiv verdickter Kapselkatarakt und die gleichen Veränderungen am Augenhintergrund wie rechts. Verfasser bemerkt im Schluſswort, daſs der vorliegende Fall vielleicht auch Anhaltspunkte für die Ätiologie der kongenitalen und juvenilen Katarakte ergeben dürfte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Beitrag zur Kenntnis der Pigmentnaevi,** von G. B. Dalla Favera-Parma. (*Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol.* 1908. 43. Bd.) F. beschäftigt sich hier eingehend mit der Abstammung der Pigmentmäler, einer Frage, die trotz der zahlreichen Arbeiten, seitdem Unna (vor 15 Jahren) den epithelialen Ursprung des Naevus behauptete, noch nicht endgültig gelöst ist. Das von F. benutzte Material umfaſst 30 Naevi, wovon sechs in Serienschnitte zerlegt wurden; die verschiedenen Objekte stammen von allen Altersstufen, vom neugeborenen Kinde bis zum hohen Greisenalter und betreffen ganz flache, beetförmig erhabene und knopfförmig angeschwollene Naevi. Auf die Einzelheiten der histologischen Ergebnisse, zu deren Verständnis die beigegebenen farbigen Zeichnungen unerläſslich sind, muſs hier verzichtet werden und seien nur die wichtigsten Schluſsfolgerungen, die im allgemeinen die Unnasche Theorie bestätigen, angegeben. In keinem der 30 untersuchten Fälle konnte F. etwas finden, was die mesodermale Herkunft der Naevuszelle bestätigt hätte. Was deren morphologischen Charakter betrifft, so unterlag das Aussehen der Naevuszelle bei den verschiedenen Naevi keinen groſsen Schwankungen. Im allgemeinen hat dieselbe einen unverkennbar epithelialen Typus und auſserdem gelingt bei vielen Naevi der erwünschte Nachweis eines Zusammenhanges mit der Epidermis; F. ist daher zur Überzeugung gelangt, daſs die gewöhnlichen Pigmentnaevi immer als epithelial im weiteren Sinne aufzufassen sind. Ob und inwiefern eine Neubildung im Bindegewebe in den weichen Warzen stattfindet, ist sehr schwer zu entscheiden, F. ist geneigt, eine geringe Zunahme der kollagenen Substanz anzunehmen. Was nun das in den weichen Warzen vorkommende melanotische Pigment betrifft, so glaubt F., annehmen zu müssen, daſs es primär in der Epidermis entsteht; den wucherungsfähigen Epidermiszellen kommt auch die Fähigkeit zu, Pigment zu bilden und diese Fähigkeit geht für die Naevuszellen verloren, während in denselben eine Depigmentierung eintritt. Epithelwucherung und Metaplasie einerseits, Pigmentierung andererseits sind zwei parallel verlaufende, voneinander unabhängige Prozesse, die von ein und derselben kongenitalen Ursache herrühren. Die Frage, ob es epitheliale, von ihrem Anfang an vollkommen

pigmentfreie Naevi gibt, hält F. für eine schwer zu beweisende. Das beigefügte Literaturverzeichnis umfaſst 69 Arbeiten, deren Verwertung ein weiteres Verdienst vorliegender Publikation ist. *Stern-München.*

**Über Hypertrichose,** von F. Tessaro. (Denkschrift zum 30. Professorenjubiläum von Prof. Breda, Venedig 1908.) Der Heredität muſs bei der kongenitalen Hypertrichose die gröſste Rolle zugeschrieben werden. Nach den heutigen Theorien über die Pathogenese der Hypertrichose besteht diese Affektion in einer Entwicklungshemmung der Lanugohaare, welche, statt gegen das Ende des intrauterinen Lebens auszufallen, nach der Geburt weiter bestehen bleiben. Das Zusammentreffen von Hypertrichose mit Zahnanomalien muſs, in Anbetracht seiner relativen Seltenheit als bloſs zufällig betrachtet werden. Mag nun die Hypertrichose kongenital oder durch eine objektive Ursache unterhalten sein (mechanische, thermische usw. Reize), so kann ihr intimer Bildungsmechanismus im physico-pathologischen Sinne immer auf eine Veränderung in der Ernährung des Follikels zurückgeführt werden, wobei das Nervensystem die Hauptrolle spielt. So lange nun diese Ernährungsstörungen bestehen bleiben, wird auch die Hypertrichose nicht zur Abheilung gelangen. Wo Haarfollikel erhalten geblieben sind, kann auch nach einer gewissen Zeit scheinbarer Ruhe die Funktionsfähigkeit zurückkehren unter der Bedingung, daſs Faktoren eintreten, welche auf direktem oder indirektem Wege den Ernährungszustand der Follikel modifizieren. Die Entstehung neuer Haare hängt meistensteils entweder von den Papillen der präexistierenden Follikel ab oder von einem Prozesse von Neubildung, der von diesen Papillen mittels lateraler Ausläufer ausgeht, die sich in die Cutis einsenken. Die Möglichkeit einer Neubildung von Haaren nach dem embryonalen Typus ist vorläufig noch nichi erwiesen. Das Auftreten von Hypertrichose nach Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Blennorrhoe, Influenza usw.) muſs wahrscheinlich auf den Einfluſs zurückgeführt werden, den die von den spezifischen Mikroorganismen erzeugten Toxine auf die Ernährungsprozesse im allgemeinen und der Follikel im besonderen ausüben.

*C. Müller-Nyon.*

---

## Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

### a. *Allgemeines.*

**Entwicklung und Fortschritte der Chirurgie des Harnapparates in den letzten Dezennien bis zur Gegenwart,** von H. Kümmell - Hamburg - Eppendorf. (*Zeitchr. f. ärztl. Fortbildung.* 1908. Nr. 8.) Vortrag aus dem Zyklus von Vorträgen, veranstaltet vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preuſsen. Verfasser bespricht kurz den Fortschritt, den die entsprechenden Beleuchtungsapparate für die Erkrankungen der Harnröhre bedeuten und übergeht zu den Erkrankungen der Harnblase. Hier bilden einerseits die Kystoskopie, andererseits die Untersuchung des Blaseninhalts mit Röntgenstrahlen eine wesentliche Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel. Zum Nachweise elastischer Katheter, Gummiteile und dergleichen eignen sich aber die Röntgenstrahlen nicht. Die Diagnose der Blasengeschwulst wird durch das Kystoskop gesichert. Zur radikalen Abtragung des Tumors diene die Sectio alta. Nur bei sehr kleinen Tumoren sei das Operationskystoskop am Platze. Die Erfolge der Sectio alta bei benignen Geschwülsten sind als absolut gute zu zu bezeichnen. Von 20 vom Verfasser operierten benignen Tumoren sind alle geheilt bis auf einen, der einen sehr schwachen alten Herrn betraf, der kurz nach der Operation an Herzschwäche zugrunde ging. Die Dauer der Heilungen beträgt 3 bis 19 Jahre. Von den 30 Kranken mit malignen Blasentumoren sind nach der Operation

als geheilt über mehrere Jahre hinaus nur sechs zu betrachten. Bei Hypertrophie der Prostata wendet Verfasser oft die BOTTINIsche Operation an; unter 52 Operationen bei Patienten im Alter von 56—83 Jahren hat er sieben Mifserfolge zu verzeichnen. In 26 Fällen bei Patienten von 64—84 Jahren hat Verfasser die Kastration ausgeführt; 2 Patienten sind gestorben(!), bei 2 trat kein Erfolg ein; in 22 Fällen ist es zur Rückbildung der Prostata und zur Fähigkeit, den Urin spontan zu entleeren gekommen. Mit der Resektion der Vasa deferentia hat Verfasser selbst wenig Erfolg erzielt; die Methode scheint aber empfehlenswert zu sein. Als radikalstes Verfahren, das allein einen sicheren und dauernden Erfolg verspricht, ist die Exstirpation in Form von perinealer Prostatektomie zu betrachten. — In der Chirurgie der Nieren bedeuten einen wesentlichen Fortschritt der Katheterismus der Harnleiter und die neuen Methoden der Bestimmung der Nierenfunktion, und zwar die Bestimmung des Harnstoffes, die Injektion von Methylenblau und Indigokarmin; die Phloridzinmethode, die Bestimmung der Dichte der Lösungen aus dem elektrischen Leitvermögen und die Kryoskopie. Verfasser bespricht eingehend seine Erfolge mit der Kryoskopie und geht über zur Betrachtung einzelner Erkrankungsformen der Nieren. Die Hydronephrose, die Pyonephrose, Tumoren, Nierensteine, Nierentuberkulose werden der Reihe nach vom chirurgischen Standpunkte, den Erfahrungen des Verfassers gemäfs, erörtert. Zum Schlufs macht Verfasser auf die eigentümliche, erst seit den letzten Dezennien bekannte Form der chronischen Nephritis aufmerksam, bei der es trotz starker und lebensgefährlicher Blutungen sich nur um geringfügige Veränderungen in der Rindenregion der Nieren handelt. Verfasser hatte Gelegenheit, 14 derartige Fälle zu operieren; in allen handelte es sich um rein einseitige Blutungen. Was die Therapie der Nierenblutungen anbelangt, so ist in allen Fällen, deren Ätiologie nicht vollkommen klar ist, unbedingt die operative Methode einzuschlagen. Die Nephrektomie darf nur wegen direkter Verblutungsgefahr ausgeführt werden; den konservativen Methoden ist stets Vorzug zu geben. Auch bei der chronischen Nephritis ohne Blutung hat Verfasser in 15 Fällen durch die von EDEBOHLS angegebene Dekapsulation recht befriedigende Resultate beobachtet. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Kehlkopf- und Ösophagusstenose und ihr Einflufs auf die Geschlechtsorgane,** von BAUMGARTEN-Budapest. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 31.) Der Einflufs der physiologischen und pathologischen Veränderungen der Geschlechtsorgane auf die Halsorgane ist bekannt. Den umgekehrten Einflufs hatte Autor Gelegenheit zu beobachten. Von 20 Mädchen und Frauen, welche infolge Selbstmordversuch durch Trinken von Laugenessenz eine Ösophagusstenose erworben hatten, trat in 12 Fällen Ausbleiben der Menstruation auf. Bei Männern mit chronischer Kehlkopfstenose wurde Herabsetzung der Potenz beobachtet. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Der Hermaphroditismus beim Menschen,** von ALFRED HEGAR. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 29.) Nach einem kurzen Hinweis auf die einschlägige Literatur, im besondern auf FRANZ LUDWIG V. NEUGEBAUERS Werk „Der Hermaphroditismus beim Menschen" führt K. aus, dafs früher zweierlei Keimdrüsen vorhanden gewesen sein müssen; wir finden die beiden Keimdrüsennarben noch jetzt bei den wahren Zwittern, die beim Menschen sehr selten, bei anderen Säugetieren, wie beim Reh und beim Schwein, häufiger vorkommen. Bei Individuen von normalem geschlechtlichen Typus ist die eine Keimdrüse verschwunden, der Leitungsapparat, der mit ihr in Verbindung stand, verkümmert; beim sogenannten Scheinzwitter ist die eine Keimdrüse ebenfalls in Wegfall gekommen, dagegen haben sich bei ihm beide Leitungsapparate erhalten, und zwar merkwürdigerweise der, welcher zur verschwundenen Keimdrüse führte, gut, der andere viel schlechter. Auch die übrigen Sexualcharaktere der Scheinzwitter sind zuweilen alle heterologer Natur, gewöhnlich aber besteht eine Mischung heterologer

und homologer Geschlechtsmerkmale. Nicht alle Abweichungen der sekundären Sexualcharaktere von der Norm dürfen als Zeichen von Hermaphroditismus aufgefaſst werden; sie sind nicht selten die Folge von Infantilismus, von Entwicklungsstörungen. Der männliche und weibliche Geschlechtstypus verdankt seine Vorherrschaft einer Auslese; Zwitter und Scheinzwitter sind fast ohne Ausnahme unfruchtbar; oft noch mit anderen Miſsbildungen behaftet und dem Kampf ums Dasein nicht gewachsen. Die Ätiologie des Hermaphroditismus ist noch dunkel; nach Neugebauer ist u. a. die Lues als ursächlicher Faktor anzusehen; H. selbst spricht von Keimvergiftungen, welche die normale Entwicklung stören. *Götz-München.*

**Zur Hygiene der Geschlechtsorgane,** von Heinrich Winkler-Dresden. (*Allg. Med. Centr.-Zeitg.* 1908. Nr. 27.) Zur Reinigung der männlichen Geschlechtsorgane empfiehlt W. das Sera-Bidet, ein krugartiges Gefäſs mit einer seitlichen ovalen Öffnung in der Form eines Beutelsuspensoriums. *Schourp-Danzig.*

**Über Anwendung der Bierschen Stauung in der Urologie,** von Ernst R. W. Frank-Berlin. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 21.) Für die Behandlung der Peniserkrankungen hält Verfasser nur den Schröpfkopf für angebracht; vom Anlegen der Stauungsbinde um den entzündeten Penis hat er bei akuten Infektionen nur ungünstige Wirkungen gesehen, was sich wohl aus der Tatsache erklärt, daſs man mit der Binde nur die Pars pendula staut. Für die Behandlung von Bubonen kommt schon aus anatomischen Gründen nur die Saugglocke in Betracht; die Stauungsbinde wurde vom Verfasser lediglich bei der Gelenkblennorrhoe mit bestem Erfolg angewandt. Ferner wurden 60 Bubonen von verschiedener Gröſse, in allen Stadien der Entzündung behandelt. Die erzielten Resultate übertreffen weit sowohl die konservative wie auch die chirurgische Behandlung.

Für den frischen Tripper und überhaupt für die akuten Infektionen der Harnröhre und ihrer drüsigen Adnexe dürfte die Stauung weniger geeignet sein.

Ganz besonders bemerkenswerte Erfolge hat Verfasser von der Stauungsbehandlung der Genitaltuberkulose gesehen. In zwei Fällen, die geheilt wurden, wäre man sonst gezwungen, groſse verstümmelnde Eingriffe vorzunehmen (in beiden Fällen war die Vorsteherdrüse, im einen der urogenitale Kreuzweg, im anderen die Blase miterkrankt). Vor allem hätte man bei relativ jungen Menschen, deren Potenz vollkommen erhalten war, die Kastration vornehmen müssen. Verfasser zweifelt nicht, daſs bei rechtzeitiger Anwendung die Biersche Stauungsmethode in Zukunft die Behandlung der genitalen Tuberkulose sehr viel konservativer und zugleich aussichtsvoller gestalten wird, als bisher. Ganz besonders wichtig erscheint dabei die Tiefenwirkung der Saugbehandlung. Kleinere Herde in den Samensträngen der Vorsteherdrüse und vielleicht auch den Samenblasen werden durch die Hodenstauung günstig beeinfluſst und zur Ausheilung gebracht. — Zur Applikation der Saugstauung an den Hoden hat Verfasser besonders geformte Saugglocken anfertigen lassen, deren entsprechend geschliffene Ränder sich genau dem Beckenausgang anpassen.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die Behandlung der Enuresis nocturna,** von Kaufmann. (*Dtsch. med. Presse.* 1908. Nr. 3.) In Verbindung mit einer allgemeinen roborierenden und diätetischen Behandlung führen das hydriatische Verfahren — es werden warme abendliche Sitzbäder 28—30° und zehn Minuten mit nachfolgender kalter Übergieſsung des Rückens empfohlen — und das elektrotherapeutische Verfahren, kombiniert mit einer leichten Bougierkur, zum Ziele. *Arthur Schucht-Danzig.*

b *Penis, Urethra, Blase.*

**Neue Operationsmethode bei Phimose,** von Li Virghi. (*Giorn. internaz. delle Science med.* 1908. Nr. 11.) Sie besteht darin, dafs beide Präputialblätter rechts vom Frenulum und parallel zu demselben mittels Schere inzidiert werden und nachher das Frenulum selbst durchschnitten wird. Die Hämostase wird immer erreicht durch Betupfen mit Eisenchloridlösung, eventuell durch Torsion der spritzenden Gefäfse; Naht unnötig; Alkoholverband. *C. Müller-Nyon.*

**Balanitis und Glycosurie,** von A. Cooper-London. (*Brit. med. Journ.* 13. Juni 1908.) Verfasser erinnert daran, dafs bei Diabetes die Mucosa des Penis namentlich bei enger Vorhaut leicht einen intensiven Grad von Entzündung annimmt und eigentümlich scharlach- bis violettrot aussieht, wobei eine weitere Verengerung des Präputiums mit Rhagadenbildung erfolgt. Bei einem 55jährigen Manne waren die auf diese Weise entstandenen kleinen Hämorrhagien das erste Zeichen, welches das Aufsuchen ärztlicher Hilfe und den Nachweis eines hohen Zuckergehalts des Urins veranlafste. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein seltener Fall genitaler Mifsbildung,** von Robert Lichtenstern-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 36.) Bei einem 24jährigen, sexuell normal empfindenden Manne findet sich ein kleiner atrophischer Penis und eine Eichelhypospadie. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Der Priapismus,** von C. Laurent und L. Nové-Josserand-Lyon. (*Gaz. d. Hop.* 1908. Nr. 101.) Besprechung der speziellen Pathologie und Therapie des Leidens unter ziemlich ausführlicher Berücksichtigung der Literatur, aber ohne Mitteilung eigener neuer Beobachtungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über einen Fall von Gangrän des Penis infolge von Abschnürung mit einem Bindfaden,** von J. W. Cleveland. (*Lancet.* 30. Mai 1908.) Ein 12jähriger Knabe band sich wegen Urininkontinenz den Penis mit einem Bindfaden ab. Nach zwei Tagen wurde die Amputation des Gliedes nötig. Die Inkontinenz war für die nächsten zwei Monate ganz geheilt und rekurrierte nur gelegentlich nachher. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über urethrale Tuberkulinreaktion,** von M. Oppenheim. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 37.) Die Urethralschleimhaut kann gelegentlich ähnlich wie die Konjunktiva Reaktion auf Tuberkulineinträuflung zeigen, doch ist dieselbe schwächer und viel konstanter, und hat keinerlei praktische Bedeutung. *W. Lehmann-Stettin.*

**Eine Methode des Operierens in der mit Luft aufgetriebenen Urethra,** von W. W. Powell London. (*Brit. med. Journ.* 26. Sept. 1908.) Als Ergänzung der Antalschen Methode der Harnröhrenuntersuchung hat P. einen (hier abgebildeten) Apparat konstruiert, welcher die Einführung und Verwendung von Sonden, langgestielten Messern, Ätzmittelträgern und dgl. gestattet, ohne dafs dabei die Luft aus der Urethra entweicht. Zu diesem Zwecke ist an dem Insuflationsapparat eine zweite Scheibe zur Aufnahme der Instrumente angebracht mit luftdichtem Abschlufs. Der Apparat scheint von relativ einfacher Konstruktion zu sein und ermöglicht nach Angabe des Verfassers ein zuverlässiges Operieren wenigstens in dem vorderen Harnröhrenabschnitt, Inzision von Littréschen Drüsen, von kleinen Abszessen und Strikturen, Abtragen von Warzen usw. Ein Fall von andauernder blennorrhoischer Eiterung an den Morgagnischen Lakunen wurde durch exakte Kauterisierung der Läsionen mit Hilfe des Apparates sehr prompt beseitigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Beitrag zur Kenntnis von den Urethralgängen des Weibes,** von Paul Barnick. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1907.) Die Urethralgänge sind nicht als Residuen der Wolffschen (Gartnerschen) Gänge aufzufassen, sondern sind organisierte Drüsengänge. Sie können miterkranken bei Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane;

sie können isoliert erkranken, Urethritis vortäuschen, latent den Gonococcus beherbergen, infolge reichlicher Faltenbildung ihrer Schleimhaut eine chronische Blennorrhoe jahrelang unterhalten. Zu einer präzisen gynäkologischen Untersuchung gehört auch die Besichtigung und Palpation der Urethralgänge. *Fritz Loeb-München.*

**Über Fremdkörper in der Urethra**, von B. Drobny. (*Russische medizinische Rundschau.* 6. Jahrgang, Heft 2.) In der Urethra eines Mädchens fand sich eine Nähnadel mit einem langen Baumwollfaden. Die Nadel lag (Urethroskop) mit dem Öhr nach dem Blasenhalse zu und hatte sich in der Richtung nach der Urethramündung in die Urethrawand eingebohrt.

Zwecks Entfernung der Nadel wäre Durchstoſsen nach auſsen das einfachste gewesen, aber gefährlich wegen der etwaigen Infektion des periurethralen Gewebes durch den Schmutz im Nadelöhr. Daher wurde das Öhr der Nadel mit den Branchen der Urethral-Pinzette gefaſst, aus der durchbohrten Wand heraus in die Blase gezogen und aus dieser mit Hülfe des Urethroskopes entfernt.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Intussusceptio urethrae**, von Hans Hans. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 24.) Bericht über einen hochinteressanten Fall von Intussusceptio urethrae, entstanden nach einer tiefen Dammfleischverletzung beim Sturz vom Gerüst. Die Harnröhre wurde dabei wahrscheinlich kreisförmig abgequetscht und von ihrer Submukosa in gröſserer Ausdehnung abgelöst, was die Bildung einer kallösen Ringstriktur begünstigte, die dann zur ampullenartigen Erweiterung der Pars membranacea führte. Der ständige starke Urindruck verlängerte die Ampulle und mit ihr die abgelöste Harnröhre. Als weitere Folge entstand dann eine Intussusception, die, wenn prograde durch starken Urindruck geworden, besonders leicht durch Katheterismus wieder zur retrograden wurde. — Durch die Möglichkeit einer jahrlang bestehenden Intussusception (Patient wurde 15 Monate nach dem Unfalle operiert) ist ein sicherer Beweis dafür geliefert worden, daſs die Blutgefäſsversorgung der Harnröhrenschleimhaut von ihrer Submukosa relativ unabhängig ist. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die durch Modifikation der Methode Le Forts bei der Strikturbehandlung erreichten Erfolge**, von Samuel Baumgarten-Budapest. (*Allg. Med. Centr.-Zeitg.* 1908. Nr. 19.) Wenn wegen Widerstandes der die Striktur verursachenden Narbe einfache langsame Dehnung nicht zum Ziele führt, läſst B. die Bougie, durch Heftpflaster fixiert, 24—48 Stunden liegen, um danach eine möglichst dicke Le Fort-Sonde einzuführen. Sobald Nr. 18 Charrière durchführbar ist, geht er von der unmittelbar vorschreitenden Dehnung auf die langsam vorschreitende Dehnungsbehandlung über. Neben dieser lokalen Dehnung benutzt B. auch die Fibrolysininjektionen, die Massage auf der Stelle der Striktur und die Biersche Stauung. Hierbei erleidet der Patient keinerlei Berufsstörung. *Schourp-Danzig.*

**Die Cystoskopie und ihre Ergebnisse**, von E. Pillet-Rouen. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 24.) Der Aufsatz bringt nichts Neues. *Götz-München.*

**Zwei ungewöhnliche cystoskopische Bilder**, von J. Bentley Squier-New York. (*New York med. Journ.* 22. Aug. 1908.) Der erste Fall betraf einen 63jährigen Mann mit den Symptomen von Prostatahypertrophie, wovon vor allem der häufige Harndrang belästigend waren. Das cystoskopische Bild zeigte einen prominierenden, medianen Prostatalappen und auſserdem vier Ureterenöffnungen, von welchen zwei normal an jedem Ende der Zwischenfalte und die anderen zwei je etwas vor und auſserhalb derselben lagen; Katheterisieren erlaubte der Patient nicht. Der zweite Fall ist ein solcher von Ureteritis cystica und von solcher Seltenheit, daſs kaum 50 Fälle dieser Art in der Literatur existieren, welche aber meist erst bei der Autopsie konstatiert wurden. Bei dem 49jährigen Mann bestand bereits seit 20 Jahren

Pyurie, die aber sein Allgemeinbefinden wenig beeinflufste und trotz sachkundiger Behandlung keiner Besserung zugängig war. Das cystoskopische Bild bot eine Blase dar, deren Grund mit multiplen, hirsekorn- bis traubengrofsen Cysten bedeckt war; Katheterisierung der Ureteren war unmöglich, da am Eingang der Ureteren ebenfalls cystenförmige Gebilde lagen. Die Fragen, welche sich für den Praktiker aus solchen Fällen ergeben, sind: 1. die der Behandlung (konservativ oder operativ, nachdem im Tierversuche Abtragung der Schleimhaut Cystitis hervorgerufen hat?) und 2. in welcher Weise wird die Lebensdauer eines Patienten, der so lange Eiter im Urin hat, beeinflufst? Verfasser geht nicht auf die Beantwortung dieser Fragen ein.

*Stern-München.*

**Cystitis**, von Robert E. Davison-Pittsburg. (*New York med. Journ.* 22. Aug. 1908.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, enthält der Artikel eine kurze Beschreibung der akuten, chronischen und der tuberkulösen Cystitis, die diagnostischen und therapeutischen Mittel. Die Cystoskopie ist von grofsem Wert für die Diagnose. Was die Behandlung betrifft, so sind bei der akuten Form Bettruhe, Hitze in allen möglichen Arten (Vollbad, Sitzbad, Darm- und Scheidenspülungen), Suppositorien und im Notfall Narkotika angezeigt; bei akuter blennorrhoischer Cystitis geben Irrigationen von Arg. nitr. (1:2000 oder 1:1000) die besten Erfolge. Während bei keiner anderen akuten Form der Cystitis Irrigationen und überhaupt Einführung von Instrumenten erlaubt sind, bilden die Blasenspülungen bei der chronischen Form das wichtigste Behandlungsmittel; es kann dazu entweder sterilisiertes Wasser oder 2%ige Bor- oder abwechselnd Höllenstein- (1:2000—1:1000), Kal. permangan.- usw. -Lösung benutzt werden. Bei chronischer Cystitis der Frauen ermöglicht die kurze Form der Urethra lokale Anwendung topischer Mittel, z. B. 10%iges Arg. nitr., welches in umschriebenen Fällen oft sehr wirksam ist. Der Hauptgrundsatz der Behandlung soll aber immerhin bleiben, die Infektionsquelle zu entdecken und, wo möglich, radikal zu entfernen; Cystotomie hält D. eigentlich nur bei maligner Neubildung in der Blase für angezeigt.

*Stern-München.*

**Über Cystitis**, von Franz Weisz Budapest. (*Wien. klin. Rundschau.* 1908. Nr. 43.) Klinischer Vortrag, ohne Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

**Eitrige Cystitis**, von Victor C. Pedersen-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 19. Nach *New York State Journ. of Med.* Juli 1908.) Therapie des akuten, subakuten und chronischen Blasenkatarrhs, ohne Neues zu bringen.

*Schourp-Danzig.*

**Über Blasenwaschung**, von Oscar Kraus-Karlsbad. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 23.) Kr. hat zur Vornahme aseptischer Blasen- und Harnröhrenspülungen einen Apparat konstruiert, den er, „damit das Kind einen Namen habe,“ Plyst (πλύστης, der Wäscher) nennt. Er besteht aus einem Nelatonkatheter, der mit einem kurzen zweiten, T-förmig angesetzten Schenkel versehen ist und vermittels einer Metallkanüle an den Irrigatorschlauch angesteckt wird; durch einen eigenartigen, doppelt wirkenden Quetschhahn wird er abwechselnd so abgesperrt, dafs entweder die Verbindung Irrigator-Blase oder die Verbindung Blase-Abflufs hergestellt ist. In Fällen, in denen die Anwendung halbsteifer, nicht komprimierbarer Katheter geboten erscheint, verwendet man ein mit dem T-förmigen Schenkel versehenes Zwischenstück; zur Harnröhrenspülung dient ein olivenförmiger Ansatz, an dem ebenfalls der Schenkel angebracht ist. Der Plyst ist leicht sterilisierbar und läfst sich mit einer Hand regieren; besonders gut bewährt er sich zur Blasenwaschung vor der Cystoskopie. — Der Apparat wird von H. Reiner-Wien verfertigt: für Prostatiker, die selbst Blasenspülungen vornehmen müssen, wird ein zusammenschiebbares, auskochbares Modell (mit Irrigator) hergestellt. *Götz-München.*

**Über den radiographischen Nachweis von Fremdkörpern der Harnblase,** von Maximilian Hirsch-Wien. (*Ztschrft. f. ärztl. Fortbldng.* 1908. Nr. 11.) Gegenüber der Behauptung von Kümmell stellt Verfasser nach seinen diesbezüglichen Untersuchungen fest, daſs Wachskerzen und französische Seidenkatheter unter der Grenze der radiologischen Nachweisbarkeit, während Glas, englische Katheter und Nelatonkatheter ebenso wie alle metallische Fremdkörper durch Röntgenstrahlen leicht nachgewiesen werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Ein Fall von gelungener Entfernung eines zwei Pfund schweren Blasensteines,** von O. Richards-Cairo. (*Lancet.* 25. Juli 1908.) Patient war ein 40jähriger Fellah, welcher seit zwölf Jahren Blasenbeschwerden gehabt hatte und in dem letzten halben Jahr sehr heruntergekommen war. Nach einem vergeblichen Versuch der Lithotriphie wurde die Blase vom Perineum aus inzidiert, und mit einem Osteotom wurden Stücke abgemeiſselt; es konnte aber nur eine beschränkte Menge auf diese Weise entfernt werden. Deshalb wurde die Blase von der Bauchwand aus inzidiert und nach einigen weiteren Abmeiſselungen gelang es, den Stein mit der Zange zu zertrümmern und zu entfernen. Genesung erfolgte nach einigen mäſsigen Störungen; von etwas Inkontinenz abgesehen, war das Resultat in jeder Beziehung gut.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über einen Fall von Blasensteinbildung um eine Revolverkugel als Kern,** von C. F. Lassalle-Port of Spain. (*Lancet.* 15. Aug. 1908.) Ein siebenjähriger Knabe wurde versehentlich durch einen Revolverschuſs an der rechten Hüfte getroffen. Nach 14tägigem Hospitalaufenthalt wurde er mit geheilter Wunde entlassen. Während der nächsten fünf Jahre litt er viel an Blasenbeschwerden, bis L. durch hohen Blasenschnitt einen aus Kalkphosphat bestehenden 31 g schweren Stein aus der Blase entfernte, in dessen Mitte die Kugel eingeschlossen war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Blasensteine, welche sich an abgebrochene Stücke einer Haarnadel angesetzt hatten,** von F. J. A. Dalton-Chatham. (*Brit. med. Journ.* 4. Juli 1908.) Nichts Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Spontane extraperitoneale Perforation der Blase durch einen Blasenstein,** von Li Virghi. (*Giorn. intern delle Scienze med* 1908. Nr. 16.) Der 71jährige Patient war schon zweimal zuvor wegen Blasensteins operiert worden. Als er sich das dritte Mal wieder zeigte, bestand eine ziemlich heftige Cystitis mit beweglichem Phosphatstein. Bevor der Patient zum dritten Male operiert werden sollte, zeigte sich bei demselben im Hypogastrium ein Tumor mit Infiltration der Umgebung, Fieber usw. Es wurde eine Harninfiltration infolge Perforation der Blase diagnostiziert, was auch durch die spontane Perforation der Schwellung bestätigt wurde. Der perforierende Stein lag seitlich in der Blasenwandung; einer Operation wollte sich aber der Patient nicht unterziehen und verlieſs das Spital mit einer Blasenfistel, unterhalten durch den nicht entfernten Stein. *C. Müller-Nyon.*

**Schwere Hämaturien infolge von Harnblasengeschwüren bei Individuen mit Harnröhrenstrikturen,** von Cassanello. (*Rif. med.* 1908. Nr. 36.) Der Verfasser beschreibt drei derartige Fälle. Sie zeichnen sich dadurch aus, daſs die äuſserst heftigen Blutungen in keinem Verhältnis standen zu den geringfügigen anatomischen Veränderungen der Blasenschleimhaut, auf der man nur kleine Ulcerationen zu entdecken vermochte, denen jeder spezifische Charakter (Tuberkulose usw.) fehlte. Die Striktur wirkte da in der Weise schädigend auf die Blasenschleimhaut, daſs sie die Zirkulations- und Ernährungsverhältnisse derselben störte, so daſs infektiöse Keime auf sie einwirken konnten. Die Therapie hat somit zwei Aufgaben zu erfüllen, einmal und vor allem, die Striktur zu beseitigen und sodann die Ulcerationen zu kauterisieren nach Eröffnung der Blase (Cystotomia suprapubica). *C. Müller-Nyon.*

**Ein ungewöhnlicher Fall von Blaseneinrifs; späte Prostatektomie,** von J. C. Menier-London. (*Brit. med. Journ.* 4. Juli 1908.) Der 60jährige Patient akquirierte beim Drängen zur Urinentleerung einen kleinen, unerkannt gebliebenen Blasenrifs. Als drei Tage später in der Regio praevesicalis inzidiert wurde, fand man eine ziemlich ausgedehnte Urininfiltration, doch konnte eine Öffnung in der Blasenwand nicht nachgewiesen werden. Später wurde wegen bestehender Urinfistel der hohe Blasenschnitt ausgeführt und die Prostata enukleiert, ohne weitere Aufklärung zu bringen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Der Wert der doppelseitigen Ureterostomie (Kurzschlufs des Urins) bei weit vorgeschrittenem Krebs der Blase oder Prostata,** von E. H. Fenwick-London. (*Brit. med. Journ.* 4. Juli 1908.) Von Watson-Boston ist vor zwei Jahren der Vorschlag gemacht, bei inoperablem Blasenkrebs die doppelseitige Nephrostomie zur Ruhigstellung der Blase auszuführen. F. empfiehlt dagegen, durch einen kleinen Querschnitt über der Crista ilei auf die Ureteren einzugehen und dieselben nach der Lendengegend zu herauszuleiten (nach dem Prinzip der Kolotomie bei inoperablem Mastdarmkrebs). Er berichtet über drei Fälle, bei denen die Patienten wenigstens auf Monate hinaus von den qualvollsten Blasenbeschwerden befreit wurden. Eventuell schliefst man an die Ureterostomie zu einem passenden Zeitpunkt die Cystektomie an.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Blasencysten infolge von Dilatation und bauchiger Vorwölbung des Ureters in die Harnblase,** von Masaki Okamoto. (Inaug.-Dissert. Breslau 1908.) Ergebnisse: 1. Nicht selten kommen Ureter-Blasencysten als angeborene Mifsbildungen vor, zugleich mit den verschiedensten Mifsbildungen anderer Organe. 2. Immer dann, wenn der Harnleiter mit blinder Öffnung in die Blasenwand mündet, mufs es durch Stauung zur Cystenbildung kommen. 3. Nach der Darstellung mancher Autoren kann in den Fällen, wo der Ureter abnormerweise die Blasenwand in gerader Richtung durchbricht, infolge von Muskelkontraktur ein wenngleich geringer Druck auf ihn zur Geltung kommen. Zuweilen wird hierdurch ebenfalls Veranlassung zur Cystenbildung gegeben, namentlich, wenn gleichzeitig die vorhandene Mündung sehr eng ist. 4. Das häufigere Vorkommen der Cystenbildung bei Frauen und Kindern dürfte vielleicht in der Beschaffenheit ihres Bindegewebes, nämlich in dessen gröfserer Lockerheit und Dehnbarkeit seine Erklärung finden. 5. Die Meinungsverschiedenheiten, welche früher über die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchungen herrschten, sind durch Johans Zeichnungen endgiltig beseitigt worden. 6. Das Muskelgewebe, das ja anfänglich in der Cystenwand vorhanden sein mufs, scheint nach und nach in solchem Grade daraus zu verschwinden, dafs es in späteren Stadien nur noch spurweise angetroffen wird. 7. Ältere Anatomen behaupten, an der Uretermündung mitunter eine unverhältnismäfsig schwache Entwicklung der Muskulatur vorgefunden zu haben, die dann zur Cystenbildung Veranlassung gegeben haben sollte. Nach den eigenen Untersuchungen des Verfassers läfst sich eine solche Mangelhaftigkeit der Muskelschicht für gewöhnlich jedenfalls nicht nachweisen, ohne dafs deshalb geleugnet werden soll, dafs sie in einzelnen Ausnahmen von angeborener Mifsbildung beobachtet worden ist. 8. Bei abnorm langem Verlaufe des Ureters innerhalb der Blasenwand ist die Cystenbildung besonders häufig. 9. Im Trigonum sind normalerweise Muskelschicht und Schleimhaut besonders innig miteinander verbunden. Falls nun der Ureter ausnahmsweise einmal erst in diesem Gebiete mündet, kann er einer Kompression bedeutend leichter anheimfallen. 10. Bei einem vom Verfasser vorgenommenen Versuche an der Leiche konnte die Ansicht älterer Anatomen bestätigt werden, dafs am unteren Ende des Ureters an dessen Mündung in die Blase auch bei normaler Lage und Beschaffenheit der Öffnung eine Disposition zur Cystenbildung besteht.

Wenn sich nun längere Zeit hindurch ein Hindernis innerhalb des Harnleiters geltend macht, so kommt es zu einer allmählichen Abnahme des Gehaltes an elastischen Fasern und der Muskelelemente, oder gar zu deren völligem Verschwinden. Ist das erst einmal geschehen, so ist eine Rückbildung dieses Zustandes nicht mehr möglich; jetzt tritt vielmehr eine cystische Erweiterung hinzu. *Fritz Loeb-München.*

**Über Nieren- und Blasentuberkulose. Frühdiagnose und Frühoperation,** von H. Kümmell - Hamburg. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 81, Heft 1.) K. erklärt die Nierentuberkulose als die für die Diagnose schwierigste und zugleich dankbarste der an den Chirurgen herantretenden Nierenerkrankungen. Bei den 84 von K. wegen Nierentuberkulose operierten Patienten hatte er den Eindruck, daſs ein primärer tuberkulöser Herd, der öfter in den Lungen, in früher überstandener Drüsentuberkulose oder anderweitig nachgewiesen werden konnte, die Quelle der Niereninfektion bildete und daſs die tuberkulöse Infektion der Niere auf dem Wege des Blutstromes zustande gekommen war. Die Niere ist bei Tuberkulose des Harnsystems der primäre Sitz des tuberkulösen Leidens und von hier aus erfolgt allmählich die Infektion des Ureters und der Blase. Die einseitige Tuberkulose der Niere überwiegt bei weitem, daher läſst schon die Möglichkeit der Infektion der zweiten Niere von der Blase aus durch einen aufsteigenden Prozeſs eine frühzeitige Entfernung der erkrankten Niere geboten erscheinen. Eine einmal vorhandene Blasentuberkulose ist am besten durch die Beseitigung der kranken Niere, vorausgesetzt, daſs die andere funktionsfähig ist, zur Heilung zu bringen. Nach K.s Erfahrung ist auch jeder Blasenkatarrh, speziell bei der Frau, welcher nicht auf blennorrhoischer Erkrankung beruht oder durch Infektion von auſsen (Katheterismus) veranlaſst ist, sehr verdächtig auf Tuberkulose und eine wiederholte eingehende Untersuchung auf Bazillen, sowie die Anwendung unserer modernen Untersuchungsmethoden sind in solchen Fällen dringend geboten. Die blennorrhoische Infektion bildet sowohl beim Manne als auch bei der Frau ein ätiologisches Moment für spätere Tuberkulose des Harnapparates sowie der Geschlechtsorgane. Störungen des Allgemeinbefindens, schlechtes Aussehen, Müdigkeit, Abmagerung, dann anscheinend leichte Beschwerden von Cystitis, trüber Urin, Schmerzen in der Nierengegend bilden im allgemeinen die Anfangssymptome der Nierentuberkulose. Je früher die tuberkulöse Niere, d. i. zu einer Zeit, wo noch keine oder nur geringfügige Infektion der Blase stattgehabt hat, entfernt wird, desto sicherer und schneller der Erfolg. Ureterenkatheterismus und funktionelle Nierendiagnostik sind die Mittel, um einerseits die Erkrankung der einen Niere, andererseits die Funktion der zurückbleibenden Niere festzustellen. Nach Einführung dieser beiden Untersuchungsmethoden hat K. keinen Nierentod mehr erlebt. Die primäre Nephrotomie wurde in letzter Zeit nur bei Kindern, bei denen wegen infantiler Enge der Urethra Cystoskopie resp. Ureteroskopie technisch unmöglich war, oder in ganz bestimmten seltenen Fällen (hochgradiger Schrumpfblase usw.) angewandt, in den übrigen Fällen die Nephrektomie. In 12 früh operierten Fällen trat völlige dauernde Heilung ein, von den übrigen 72 Operierten starben zwei unmittelbar nach der Operation und neun nach einem bis sechs Monaten. Das Alter der 84 an Nierentuberkulose operierten war 4—50 Jahre. Es sei noch erwähnt, daſs K. eine wichtige Ergänzung der diagnostischen Hilfsmittel in der Kryoskopie des Blutes sieht; bewegt sich der Gefrierpunkt unter — 0,6, so wird erst die Nephrotomie vorgenommen, werden die tuberkulösen und eitrigen Massen entfernt und tamponiert, eventuell später bei günstigerem (normalen) Gefrierpunkt die Nephrektomie angeschlossen. Auf genauere Einzelheiten der sehr lesenswerten Abhandlung kann hier nicht eingegangen werden.

*Stern-München.*

**Die Blase bei Tabes,** von J. Bentley Squier-New York. (*New York med. Journ.* 30. Mai 1908.) Wenn in 80% der Tabetiker Blasensymptome vorhanden sind und in 30% dieselben die Primärerscheinungen der Tabes bilden, so ist ihre Bedeutung wohl erklärlich. Sie bestehen in 1. den verschiedenen Graden von Harnverhaltung und 2. von Harninkontinenz, welch beide Symptome auf die zentrale Erkrankung zurückzuführen sind. Wenn andererseits aber Infektion der Harnwege durch septische Instrumente oder Autoinokulation hinzutritt, so können noch all die anderen Symptome von Cystitis, Prostatitis, Pyelitis usw. sich einstellen. Squier weist daher nachdrücklichst darauf hin, dafs es nicht genügt, Tabetiker mit beginnender Harnretention oder -Inkontinenz einfach den Gebrauch des Katheters zu lehren, sondern dafs es wichtig ist, sich zu vergewissern, dafs keinerlei lokale Erkrankung der Harnwege übersehen wurde. Die Möglichkeit einer durch Blennorrhoe verursachten Striktur, chronische Kongestion des hinteren Teiles der Harnröhre oder Prostata, abnorme Enge des Meatus oder die Möglichkeit irgend eines peripheren Reizzustandes sollten berücksichtigt werden. Sind alle anderen pathologischen Veränderungen ausgeschlossen, so löst sich das therapeutische Problem in zwei Hauptpunkten, in dem ersten und wichtigsten, die Harnwege absolut steril zu halten, und in dem zweiten, durch motorische Reedukation die verlorene Funktion der Blase wieder zu gewinnen. In letzterer Beziehung empfiehlt Verfasser folgendes Verfahren: nach dem Urinieren wird mittels Katheters der Residualharn abgelassen, dann eine bestimmte Menge einer leicht reizenden Flüssigkeit (Arg. nitr. 1:1000) in die Blase injiziert und der Patient aufgefordert, zu versuchen, die Blase zu entleeren; aufserdem sollte er lernen, die Miktion zu bestimmten Zeiten vorzunehmen und immer die Blase bis auf den letzten Tropfen zu leeren. Zuweilen wird mit gutem Erfolg eine stärkere (2:1000) Silberlösung in die Pars prostatica urethrae instilliert; sie verursacht einen geringen Grad von Blasentenesmus und dadurch Anregung der Kontraktionsfähigkeit der Blase. Der Blasenkrampf bei Tabes wird am besten durch Einführung der kalten Sonde behoben. Wenn es notwendig wird, dem Patienten das „Katheterleben" führen zu lassen, so darf keine Einzelheit in der Belehrung über steriles Katheterisieren übersehen werden, da hiervon seine Lebensdauer abhängen kann. Die vier von Squier beispielsweise angeführten Fälle zeigen jeder eine andere Art, in welcher bei Tabes Blasensymptome sich einstellen. *Stern-München.*

**Nachoperatorische Behandlung der Cystotomia suprapubica,** von Martin Gil. (*Revista Ibero-Americ. de Ciencias med.* Mai 1908.) Gegenüber den zahlreichen zu diesem Zwecke verwendeten Apparaten (Kuster, Guyon usw.) empfiehlt der Verfasser denjenigen von Hamilton Irving-London, welcher am besten die Reinlichkeit des Patienten und eine tadellose Funktionierung sichert und unangenehme Komplikationen vermeidet. Er besteht im wesentlichen aus einer zylindrischen Kapsel aus Celluloid, welche nach Art eines Hutes auf die Bauchwunde appliziert und dort mittels eines Kautschukgürtels festgehalten wird. Am unteren Teile des Apparates sind Gummiröhren angebracht, welche den Abflufs des Urins in eine Urinflasche sichern. *C. Müller-Nyon.*

### c. *Hoden und Samenbläschen.*

**Über die anatomischen Wirkungen der Röntgenstrahlen auf den Hoden,** von G. Herxheimer und K. F. Hoffmann-Wiesbaden. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 36.) Verfasser haben die schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Hodengewebe an einer Reihe von Beobachtungen an Kaninchen studiert und dabei festgestellt, dafs die Spermatozoen zwar zunächst unbeeinflufst werden; es leiden in erster Linie die Spermatiden, und dementsprechend hört sogleich die Spermiogenese

auf, während die Spermatogenese eine zeitlang fortbesteht. Allmählich verschwinden dann aus Mangel an Ersatz auch die Samenfäden ebenso wie die Spermatiden und Spermatocyten; dagegen blieben bei dieser Versuchsreihe einzelne Spermatogonien stets erhalten, und es trat auch relativ häufig eine völlige Wiederherstellung der verschiedenen Samenzellen ein. Die Reduzierung der Samenzellen ist von einer Vermehrung der SERTOLIschen Fufszellen begleitet. Trotzdem kollabieren allmählich die Samenkanälchen, und als weitere Folge konstatiert man eine Wucherung des Zwischengewebes, besonders der für den Hoden charakteristischen Zwischenzellen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Zur Kasuistik gichtischer Affektionen von Hoden und Prostata**, von BECKER-Salzschlirf. (*Ther. der Gegenwart.* Juni 1908.) Bei einem 64jährigen, seit langem an Gicht leidenden Herrn, trat zweimal im Abstande von zwei Jahren eine akute Schwellung der Vorsteherdrüse jedesmal nach einer üppigen Mahlzeit ein. Es ist dafür die gichtische Anlage verantwortlich zu machen. Im Anschlufs an einen typischen Gichtanfall trat Orchitis acuta auf. Es soll daher bei zweifelhaften Orchitiden diese Ätiologie berücksichtigt werden. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Beitrag zur Retention des Hodens**, von CONFORTI. (*Il Morgagni.* 1908. Nr. 7.) Bei solchen nicht vollständig in den Hoden hinuntergetretenen Testikeln findet man häufig Gruppen von Tubulis oder einzelne solcher Tubulis in einem Initialstadium der Entwicklung. Einzelne Autoren haben diese Tubuli als Neubildungen nach dem adenomatösen Typus betrachtet; LANZ sieht sie als Einschlüsse von atypischen Samendrüsenepithelien an. Die sphaerischen oder konzentrischen Körper, die FELIZET und BRANCA studiert haben, liegen nicht innerhalb der Samenkanäle und bilden sich nicht durch hyaline Degeneration der Epithelien; sie entstehen vielmehr aus der Basalmembran infolge von Entartungserscheinungen, welche diese befallen. Die interstitiellen Zellen variieren beträchtlich an Zahl in den einzelnen Fällen, sind aber zuweilen äufserst zahlreich und zu dicken Knoten gruppiert; ihre Sekretionsfähigkeit ist gewöhnlich vermindert. Es handelt sich also nicht um eine Art von kompensatorischer Hypertrophie des Drüsengewebes, sondern vielmehr um einen Folgezustand gestörter Entwicklung. *C. Müller-Nyon.*

**Doppelte Hodenektopie**, von P. LOZANO. (*Revista Ibero-Americ. de Ciencias med.* Mai 1908.) Der Fall betrifft einen 17jährigen Burschen, bei welchem aufserdem eine Hypospadie konstatiert wurde. Die beiden Hoden lagen je im entsprechenden Leistenkanal; keine Andeutung von Hernien. *C. Müller-Nyon.*

**Über einen seltenen Fall von subabdominaler Hodenektopie infolge von fehlerhafter Insertion des Gubernaculum testis**, von GREGGIO. (*Il Morgagni.* 1908. Nr. 7.) Der sehr atrophische Hoden lag in einem Bruchsacke, der mit der Peritonealhöhle kommunizierte; dicke Fett- und Bindegewebshüllen umgaben den Hoden und Nebenhoden und von der ganzen Masse aus zog ein dickes und kurzes Band, das sich an den benachbarten Stellen festsetzte (das Gubernaculum testis). In Anbetracht der Atrophie des Organs und der Unmöglichkeit, dasselbe in den Hodensack hinunter zu bringen, wegen der Kürze des Bandes, wurde das Organ exstirpiert. *C. Müller-Nyon.*

**Über die Zwischenzellen des Hodens**, von K. KASAI-München. (*Virchows Arch. f. path. Anat. u. Phys. usw.* Bd. 194, Heft 1.) Der Verfasser untersuchte 130 menschliche Hoden aus den verschiedensten Lebensaltern — vom viermonatigen Fötus bis zum 84. Lebensjahre — um festzustellen, ob irgend eine Veränderung der Zwischenzellen bei verschiedenen Lebensaltern eine Rolle spielt und welche Veränderungen die Zwischenzellen bei Allgemeinerkrankungen erleiden. Er fand, daß die beim Fötus zahlreich vorhandenen Zwischenzellen sich noch vor der Geburt

ändern. Die runden Kerne der polygonalen oder länglichen Zellen werden länglich-oval oder elliptisch und färben sich mit den gebräuchlichen Farbstoffen schwach blau. Erst beim Pubertätseintritt kehren die Zwischenzellen wieder zu ihrer früheren Gestalt zurück, welche sie von da ab durch das ganze Leben behalten. Sie zeigen sich beim Pubertätseintritt bedeutend vermehrt und nehmen nach dem Pubertätseintritt wieder ab. Die wiederholte Vermehrung tritt von neuem im hohen Alter ein. Pigmentkörner treten erst nach dem 20. Lebensjahre auf und nehmen immer mehr und mehr zu.

Akute Erkrankungen — wie Pneumonia und Miliartuberkulose — üben keinen besonderen Einfluſs auf die Zwischenzellen aus. Bei eitrigen Prozessen ist das Bild unbeständig, die Spermiogenese ist jedoch meist geschädigt. Bei chronischen Krankheiten, bei denen die Spermiogenese geringer war, wurde eine Vermehrung der Zwischenzellen festgestellt; wird dabei die Schädigung des ganzen Organs zu stark, so findet keine Vermehrung der Zwischenzellen statt; man sieht hier sehr oft die sogenannte „ruhende Form" der Zwischenzellen.

Die gemachten Beobachtungen, welche noch durch Untersuchung der Hoden verschiedener Tierarten vervollständigt wurden, beweisen dem Verfasser, daſs die Zwischenzellen nicht ganz ohne Bedeutung für die Spermiogenese bezw. die Sekretion des Hodens sein können, und er schlieſst sich der von Finotti ausgesprochenen Ansicht von der „inneren Sekretion" an. *Schourp-Danzig.*

**„Funiculitis endemica"**, von A. Castellani-Colombo. (*Lancet.* 4. Juli 1908.) Diese auf Ceylon und wohl auch sonst in den Tropen nicht ganz seltene Affektion besteht, wie den Lesern *dieser Zeitschrift* bekannt sein dürfte, in einer akuten und meist ungemein plötzlich einsetzenden eitrigen Entzündung des Funiculus spermaticus. Die klinischen Erscheinungen können leicht zu der irrigen Diagnose eines eingeklemmten Bruches führen. Die einzig wirksame Therapie besteht in der sofortigen Eröffnung und Freilegung des entzündeten Gewebes. C. hat bakteriologische Untersuchungen bei einigen (5) Fällen ausgeführt und bei allen einen Diplo-Streptococcus im Eiter angetroffen, über dessen spezielle Eigenschaften er berichtet. Daſs dieser Organismus die primäre Ursache der Affektion sei, hält er aber nicht für erwiesen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Bemerkungen zur Behandlung der Hydrocele**, von Heinrich Mohr-Bielefeld. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 32.) M. hat in zwei Fällen von Hydrocele, die vorher Jahre hindurch alle drei bis fünf Monate hatten punktiert werden müssen, in den durch Punktion völlig entleerten Sack Adrenalinlösung (2 ccm einer Lösung 1:5000) injiziert und festgestellt, daſs die Wiederansammlung der Flüssigkeit viel langsamer und in viel geringerem Grade als nach einfacher Punktion vor sich ging; die zweite Punktion und Injektion war nach sechs, die dritte nach sieben, die vierte erst nach etwa 15 Monaten notwendig. Schmerzen traten nie auf, die Reaktion war stets gering. Vollständige Heilung konnte M. mit dem Verfahren bis jetzt nicht erzielen; trotzdem hält er die Injektionen für Fälle, in denen aus irgend welchem Grunde nicht operiert werden kann und der Sack nach der Punktion sich immer wieder rasch füllt, entschieden für empfehlenswert.

In zwei Fällen von Hydrocele hat M. die im Jahre 1904 von Klapp empfohlene Operationsmethode mit vorzüglichem Erfolge ausgeführt. Das Verfahren ist folgendes: Der gespaltene Hydrocelensack wird aus der Hautwunde hervorgekrempelt, die Hydrocelenhüllen werden mit feinen Seidenfäden, die nur die Tunica vaginalis propria fassen, vom Schnittrand bis an den Samenstrang zusammengerafft, wobei die serösen Falten der Propria fest aufeinander gepreſst werden. Die Methode hat den Vorzug, daſs sie unter Lokalanästhesie und ambulant durchgeführt werden kann, daſs Rezidive

ausgeschlossen sind und dafs eine Knickung der Samenwege und Blutgefäfse mit Funktionsstörungen des Hodens nicht vorkommt. *Göts-München.*

**Varicocele und ihre Operationen**, von Frank K. Boland - Atlanta. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 50, Nr. 23.) Ätiologie und Symptomatologie. Empfehlung der dem Verfasser am vorteilhaftesten erscheinenden offenen Operation, bei welcher nur eine Inzisionsöffnung nötig ist. *Schourp-Danzig.*

d. *Prostata.*

**Die Prostata als Infektionsherd**, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Transactions of the american urological association.* 1908.) Jeder Infektionskeim, der in die Follikel der Prostata eintritt, ist Ursache für Entzündung derselben; aseptische Prostatitis wird nur selten gefunden und zwar in Fällen von forziertem Coitus. Prostatitis ist gewöhnlich die Folge einer Harnröhrenentzündung, und Blennorrhoe deren Hauptursache. Chronische Prostatitis ist oft das Resultat von Harnröhrenstriktur. R. nennt die Prostata deshalb einen Schlupfwinkel für Infektion, da er lange Zeit nachdem die Blennorrhoe aufgehört hat, die Anwesenheit von Gonokokken im Sekret der Prostata nachweisen konnte. Als Folge von akuter Blennorrhoe wird die Prostata in den meisten, nach R.s Erfahrung sogar in fast allen Fällen ergriffen und zwar durchschnittlich nach der dritten Woche, so dafs die blennorrhoeische Prostatitis die gewöhnlichste Form der Prostatainfektion ist. Das erste Stadium derselben ist die katarrhalische, das zweite mit ausgesprocheneren Symptomen (von Harndrang, Schmerzen am Ende der Mixtion, trüben Urin in beiden Hälften usw.) die eitrig-schleimige Entzündung. Digitale Untersuchung zeigt in diesen Fällen die Prostata vergröfsert und geschwollen an einem oder beiden Lappen, die Oberfläche uneben und das ganze Organ sehr druckempfindlich. Fälle von parenchymatöser Prostatitis, die in Abscefsbildung ausgehen, sind glücklicherweise nicht häufig, nicht selten ist aber der Übergang in chronische, follikuläre Entzündung. Deren Verlauf wird oft von dem der Urethritis posterior maskiert. Bezüglich der Geschlechtsfunktionen haben manche der Patienten Ejaculatio praecox, andere häufigen Samenverlust, Erektionen und sogar Impotenz. In manchen Fällen ist Prostatorrhoe entweder während der Defäkation oder nach der Mixtion vorhanden. Unter den Fällen, welche R. anführt, sind solche, die bereits sechs Jahre vorher blennorrhoisch infiziert worden sind und beweisen, wie viele Jahre in der Prostata die Infektionsgefahr schlummern kann. Das erklärt auch die Häufigkeit von Endometritis, Salpingitis, Oophoritis bei jung verheirateten Frauen, deren Männer zur Zeit der Heirat gesund zu sein glaubten. Die Behandlung der chronischen Prostatitis ist eine sehr langwierige und erfolgt per Rectum — bei Schmerz oder Reizzuständen Heifswassereinläufe, gefolgt von Einlegung von Opium, Belladonna- oder am besten Resorcin-Suppositorien, später Massage — und per urethram (Instillationen von Höllensteinlösungen in den hinteren Teil der Harnröhre); in ganz hartnäckigen Fällen chirurgischer Eingriff. Zur Massage der Prostata erklärt A. als das beste Instrument — den Finger, womit er wohl vielerseits Beistimmung finden wird. Recht lehrreich sind die beigegebenen, die verschiedenen Arten von Prostatitis illustrierenden Abbildungen. *Stern-München.*

**Über die (nicht tuberkulösen) Eiterungen der Prostata (Ätiologie, Pathologie, Diagnose und Therapie)**, von René Le Fur. (*Ann. de la Policlinique.* 1907. Nr. 10—12.) Umfangreiches klinisches Studium über die Eiterungen in der Prostata an der Hand von 85 eigenen Beobachtungen, die den Verfasser zu folgenden Schlüssen führten. Die nicht tuberkulösen Prostataeiterungen können in drei Gruppen eingeteilt werden: 1. Leichte und oberflächliche Eiterungen (56 Fälle). Sie stellen sich in der Regel als Folge der blennorrhoischen oder anderen urethralen Infektion ein, nicht

selten sind aber Fälle, die infolge einer intestinalen oder allgemeinen Infektion zu stande kommen. Diese Eiterungen müssen sorgfältig kontrolliert und behandelt werden, weil sie oft zur Abscefsbildung führen. 2. Lokalisierte Eiterungen oder Prostataabscesse (27 Fälle) sind entweder akut (9 Fälle) — meist in Folge eines Trippers — oder chronisch (18 Fälle) im Verlaufe einer chronischen Prostatitis oder Prostatahypertrophie. 3. Diffuse und generalisierte Eiterungen (2 Fälle), gekennzeichnet durch wesentliche Störung des Allgemeinbefindens, geben eine sehr ernste Prognose. — Vom Standpunkte der Bakteriologie begegnet man hier am häufigsten dem Gonococcus allein oder in Gesellschaft von Diplokokken (24 Fälle), dem Diplococcus und den verschiedenen Kokken (21), den Kolibazillen (9), den Staphylokokken (6). — In bezug auf die Ätiologie stellen sich die meisten Prostataeiterungen nach urethralen (meist blennorrhagischen) Infektionen ein, kommen also durch Weitergreifen des Prozesses auf die Schleimhaut und das Drüsengewebe zu stande. Doch ist eine gewifs nicht geringe Zahl der Fälle entweder intestinalen Ursprungs oder Folge einer generalisierten Infektion. — Die Behandlung der Prostataeiterungen soll immer möglichst frühzeitig eingreifen. Doch ist ein chirurgischer Eingriff selten notwendig. Verfasser war unter 85 Fällen nur dreimal gezwungen eine perineale Inzision und zweimal eine Prostatatomie auszuführen. In der Regel genügt die konservative Behandlung in Form von heifsen Spülungen, Suppositorien und hauptsächlich Prostatamassage mit nachfolgenden Urethralspülungen nach Janet.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die Indikationen zur Operation bei den Prostatikern,** von Albarran. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 24.) Der kurze Aufsatz bringt nichts Neues.

*Götz-München.*

**Prostata-Chirurgie,** von Miles F. Porter-Fort Wayne. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 50, Nr. 21.) Die Katheterbehandlung bei Prostatahypertrophie ist ungeeignet; die beste Behandlung ist die frühzeitige Prostatektomie. *Schourp-Danzig.*

**Ein Fall von Tumor der Prostata mit ungewöhnlichem Verlauf,** von S. Grosglik. (*Medycyna.* 1908. Nr. 20—21.) Beschreibung eines Falles von Prostatacarcinom, das längere Zeit eine Tuberkulose vorgetäuscht hat. Der Verdacht auf Tuberkulose wurde einerseits durch den von sachkundiger Seite festgestellten Befund von (spärlichen) Tuberkelbazillen im Urin bestätigt, andererseits durch Entstehen eines Oberschenkelabscesses, der als ein tuberkulöser Abscefs, vom Becken ausgehend, gedeutet wurde. Der weitere Verlauf zeigte nur, dafs es sich hier um ein Carcinom der Prostata mit sekundärem Befallensein des Beckenknochens handelte. Der Befund der Tuberkelbazillen beruhte zweifellos auf einer Verwechslung mit den Smegmabazillen. Verfasser betont deshalb die Notwendigkeit, die Untersuchung des Urins auf Tuberkelbazillen an durch Katheterismus gewonnenen Harnen vorzunehmen und das positive Resultat solcher Untersuchungen durch Tierimpfung zu bestätigen. — Ferner betont Verfasser als diagnostisch wichtiges Symptom die so oft im Verlauf der Prostatacarcinome auftretende Ischias. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über den heutigen Stand der Behandlung der Prostatahypertrophie,** von Ernst Meyer. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1908.) Ergebnisse: 1. Bei allen an Prostatahypertrophie Leidenden, deren soziale Lage eine langdauernde palliative Behandlung gestattet, ist zunächst der regelmäfsige Katheterismus als die Methode der Wahl zu betrachten. 2. Ist der Katheterismus sehr schwierig oder sehr schmerzhaft, mufs er sehr häufig wiederholt werden, oder ist er wegen leicht auftretender Blutung mit Gefahr für das Leben des Patienten verbunden, so käme, falls der Dauerkatheter nicht vertragen wird, für alle, bei denen eine grofse Operation nicht indiziert ist oder abgelehnt wird, der suprapubische Blasenstich oder die suprapubische Cystotomie in

Betracht. 3. Ist aber eine grofse Operation weder durch vorgeschrittene Arteriosklerose oder Kachexie, noch durch andere schwere allgemeine oder Organerkrankungen kontraindiziert, so besteht die Wahl zwischen der Bottinischen Diderese und der Prostatectomia suprapubica. Von diesen beiden möchte Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen der Bottinischen Operation im allgemeinen nur eine palliative Wirkung zuerkennen, wenn auch zugegeben werden müsse, dafs diese Operation in besonders geeigneten, ausgewählten Fällen dauernde Erfolge aufzuweisen hat. 4. Die Prostatectomia suprapubica bietet jetzt schon die meiste Gewähr für eine Dauerheilung; allerdings steht ihrer allgemeinen Einführung noch die verhältnismäfsig hohe Mortalität entgegen; es ist jedoch zu hoffen, dafs mit fortschreitender Beherrschung der Technik auch die hohe Sterblichkeitsziffer immer mehr sinken wird. 5. Die Resektion der Vasa deferentia kommt nach den Erfahrungen des Verfassers (dessen Arbeit das Material von Prof. Casper zugrunde liegt) nur bei den an Prostatismus leidenden oder bei solchen Patienten in Betracht, die infolge des Katheterismus an häufig rezidivierender Epididymitis erkranken. *Fritz Loeb-München.*

**Beitrag zum Studium der Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie,** von Lasio. (I. Kongr. der ital. Ges. f. Urologie, April 1908.) Dieser Autor hält die transvesikale Prostatektomie für die leichtere raschere Methode; nach seiner Statistik zeigt es sich aber, dafs die Mortalität eine bedeutendere ist, als bei der perinealen, die schwieriger ist, länger dauert und mit einem gröfseren Blutverluste begleitet ist, bei welcher die Nachbehandlung auch eine längere ist. In bezug auf die sexuelle Funktion nach der Operation, zeigte sich, dafs die Operierten nach der Freyerschen Methode (transvesikale Prostatektomie) stets die Erektionsfähigkeit, die wenigsten aber die Ejakulationsfähigkeit beibehielten. Am besten eignen sich für die Freyersche Operation jugendlichere, kräftige Individuen mit weicher Prostata; die perineale Prostatektomie mehr für abgeschwächte Patienten mit septischen Erscheinungen, mit fester, fibröser Prostata, die sich nicht enukleieren läfst. *C. Müller-Nyon.*

**Zur Therapie der Prostatahypertrophie,** von Prof. Casper. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 30.) Angeregt durch die Empfehlungen Moskowiczs und Schlagintweits, die Röntgenstrahlen zur Verkleinerung der Prostata zu benutzen, liefs Autor fünf Patienten mittels dieser Methode behandeln. Es waren drei Gruppen von Kranken: 1. zwei Kranke mit kompletter chronischer Retention, 2. zwei Kranke mit häufig wiederkehrenden akuten Harnverhaltungen, 3. ein Kranker mit sogenanntem Prostatismus. In allen Fällen war das Resultat völlig negativ. Da die Vergröfserungen der Prostata nicht durch Hypertrophie und Hyperplasie des drüsigen Anteils (Adenome), sondern durch bindegewebig-muskuläre Tumoren (Fibromyome) in grofser Anzahl herbeigeführt werden, so ist das Ergebnis nicht überraschend.

An der Hand von 16 exstirpierten Prostaten weist Autor auf den Irrtum hin, von einem Mittellappen der Prostata zu sprechen. Es handelt sich stets nur um einen besonders prominenten Auswuchs aus einem oder beiden Seitenlappen. Diese Prostaten wurden gewonnen durch die von Freyer eingeführte suprapubische Prostatektomie, welcher Autor warm das Wort redet, da sie bei richtiger Auswahl der Fälle hervorragende Resultate liefert. Vor einem Übermafs bei der Indikationsstellung wird dagegen gewarnt. Der aseptische Katheterismus und die Prostatectomia suprapubica sind die beiden Standardverfahren in der Behandlung der Prostatahypertrophie. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Wirklich konservative Behandlung der Prostatahypertrophie,** von Morgan Muren-Brooklyn. (*New York med. Journ.* 8. Aug. 1908.) M. hat nahezu 100 Fälle von Prostatahypertrophie mit den verschiedenen Operationsmethoden behandelt und noch eine viel gröfsere Anzahl konsultativ beobachtet. Während es für die sogenannten

ausgewählten Fälle zweifellos feststeht, dafs die Operation die beste Behandlungsmethode darstellt, erheben sich gerade bei den in der Praxis nicht seltenen, nicht ausgewählten Fällen die schwierigen Fragen, wie sie zu behandeln sind. In einer Anzahl von Fällen, wo der Allgemeinzustand ein schlechter, Herz- und Nierenerkrankung die sofortige Radikaloperation verbieten, tut die vorläufige Drainageoperation, unter Lokalanaesthesie ausgeführt, oft vorzügliche Dienste; früher Anhänger der perinealen Operation, hat sich M. jetzt mehr dem oberen Blasenschnitte zugewandt, da hierbei der Drain weniger stört und wenn keine genügende Besserung eintritt, um die Prostatektomie vorzunehmen, eine Dauerfistel hier viel besser anzulegen ist. Dieselbe ist vor allem auch angezeigt bei recht gebrechlichen, alten Leuten, wo vorher keine oder nur wenig Behandlung stattgefunden hat und jeder Versuch, die Prostata radikal zu entfernen, fatal enden müfste. Andererseits führt M. Beispiele von recht kräftigen alten Leuten mit totaler Harnretention an, welche jeden operativen Eingriff zurückwiesen, aber durch Blasenspülungen und innere Mittel (Urotropin) unerwartet rasch gebessert wurden. In jenen Fällen von Prostatahypertrophie mit ausgesprochener Kontraktion der Blase, wenn die Drüse besonders grofs ist, bringt deren Exstirpation zweifellos eine geräumigere Form derselben, während andererseits die Entfernung einer sehr kleinen, harten Drüse nur wenig Linderung dem Patienten bringt, dessen Hauptbeschwerden eben die Blasenkontraktion ist. M. erlebte in seiner Praxis auch Fälle, die ihm wegen angeblicher Prostatahypertrophie zur Operation übersandt wurden (wegen grofser Mengen Residualharns), die aber in Wirklichkeit an Tabes litten. Was schliefslich die cystoskopische Untersuchung bei Prostatahypertrophie betrifft, so kann sie ja bei zweifelhafter Diagnose, bei Verdacht auf eine Neubildung oder Stein, angewandt werden, im allgemeinen glaubt aber Verfasser, dafs allzu grofse Enthusiasten dieser Methode die Patienten damit nicht selten unnötigerweise plagen.

*Stern-München.*

**Geständnisse eines Landarztes über Prostatektomien,** von Joseph Rilus Eastmann-Indianopolis. (*New York med. Journ.* 8. Aug. 1908.) Verfasser bespricht in sehr dankenswerter Weise einige Punkte, welche bei der Operation der Prostatahypertrophie und auch bei Diagnose der letzteren von Bedeutung sein können. Wie viele andere Operateure, fand er es vor der Operation oft schwierig, zwischen gutartiger und bösartiger Vergröfserung der Prostata zu unterscheiden; es steht nämlich jetzt fest, dafs viele Fälle, welche als Prostatahypertrophie operiert worden sind, Carcinom waren, auch ohne dafs die Lymphdrüsen befallen waren und es daher Pflicht des Arztes ist, in jedem Falle die mikroskopische Untersuchung nachfolgen zu lassen. In manchen Fällen von Blasen- und Nierenkomplikation ist es sehr schwierig, sich für oder gegen die Operation zu entscheiden: der schwere Krankheitszustand, der eine heftige Cystitis und Niereninfektion begleitet, wird wohl meist trotz des grofsen Risikos die Wahl für die Operation und zwar am besten mit vorheriger Drainage (oberen Blasenschnitt) treffen lassen. Auf Erhaltung der sexuellen oder der Zeugungsfähigkeit sollte man am besten überhaupt nicht rechnen (nach der Prostatektomie); der Erfolg der Operation liegt vor allem darin, dafs der Patient die Fähigkeit, den Urin zurückzuhalten und ohne Hilfe eines Katheters zu lassen, wieder erlangt. Nicht selten kommt, auch bei geschickter Assistenz, eine Zerrung des Mastdarms durch allzu starken Zug an den Retraktoren vor, was zwar keine gefährliche, aber eine recht ernste Komplikation ist. Immerhin kommt Verfasser zu dem Schlusse, dafs wir bei dem heutigen Stand der Technik in jedem Fall von Prostatahypertrophie verpflichtet sind, vor Eintritt ernster Komplikationen die Prostatektomie vorzunehmen.

*Stern-München.*

---

Fig. 1.

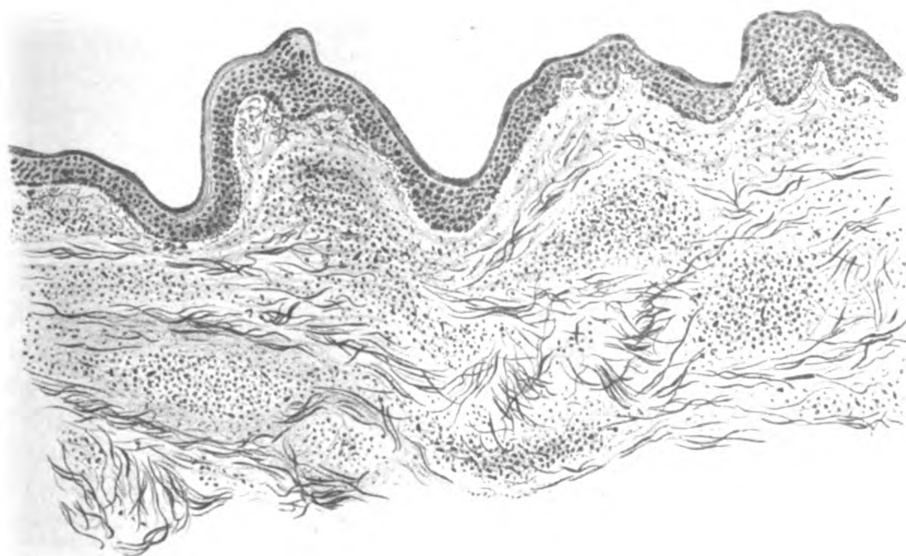
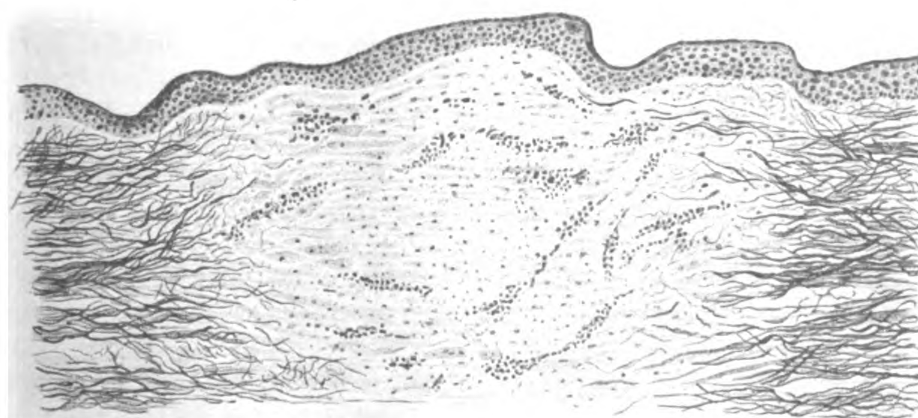


Fig. 2.



Pelagatti gez.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

# Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. | No. 2. | 15. Januar 1909.


## Papulo-erosive Syphilide in Mund und Schlund mit Nachweisung von Spirochaete pallida ungefähr neun Jahre nach der Infektion.


Von

Dr. med. LUDW. NIELSEN,

Oberarzt am Friederichsberg-Hospital, Kopenhagen.


Wenn die tardiven sekundären Syphilide ihren Sitz auf die Mundschleimhaut, ihre häufigste Lokalisation nächst der Haut, nehmen, treten sie, wie durch FOURNIERS[1] reiche Erfahrung erläutert, fast ausschließlich mit ihren alleroberflächlichsten Formen auf: dem rein erosiven Typus und „la glossite dépapillante" (Maculae laeves). Ein Fall wie der unten stehende mit papulo-erosivem Typus wird nur ganz ausnahmsweise gesehen, zumal auf einem so späten Zeitpunkte wie ungefähr neun Jahre nach der Infektion und mit der mehr ungewöhnlichen Lokalisation auf Gaumenbögen und Tonsillen (außer auf Zunge und Lippe). Auch die Nachweisung der Spirochaete pallida verleiht diesem Falle besonderes Interesse.

PT., ein 28jähriger Kutscher, wurde im April und Mai 1900 im Kopenhagener Kommunehospital wegen Syphilis mit 36 merkuriellen Einreibungen behandelt. Laut des Journals der Abteilung, das mir vom Oberarzte, Herrn Dr. med. RASCH, freundlichst überlassen ist, war die Diagnose: wiederholter Ausbruch von Syphilis, und die Symptome: hypertrophische, nässende Papeln am Penis und am Anus, Adenitis universalis, Papeln auf den Tonsillen, den Gaumenbögen, der Innenseite der Wange und am linken Zungenrand, Larynxkatarrh und Leukoderma colli. Er war nicht früher behandelt worden, und es ließ sich nichts feststellen über den Zeitpunkt der Infektion.

Am 10. September 1908 wurde er nun in meine Abteilung im Friederichsberg-Hospital mit sekundären tardiven Syphiliden aufgenommen. Nach dem Krankenhaus-Aufenthalte in 1900 soll er kein

[1] ALFRED FOURNIER, Syphilis secondaire tardive. Paris, 1906.

Rezidiv gehabt haben und nicht behandelt worden sein. In der letzten Zeit hat er ziemlich viel geraucht. Die letzten acht Tage Schmerzen beim Schlucken. Auf beiden vorderen Gaumenbögen dem Rande entlang, auf die Tonsillen und ein wenig auf den linken hinteren Gaumenbogen hinübergreifend, finden sich mehrere typische, ungefähr erbsengroſse, leicht erhabene Papeln mit scharfen bogenförmigen Konturen und gräulicher, erodierter Oberfläche; eine ganz ähnliche Papel vorne links an der Unterfläche der Zunge und ein Paar konfluierende Papeln an der Innenseite der Unterlippe. Sehr unbedeutende Polyadenitis; keine andere syphilitische Symptome. Einzelne kutane Narben sollten von gewöhnlichen „Geschwüren" (Rezidiv von Syphilis?) vor drei Jahren herrühren. Es findet sich eine leichte Pneumonia chron. apic. d. (÷ T. B.), aber kein Fieber; sonst ist Pt. gesund. Im Abgeschabten von den Papeln im Schlunde und auf der Zunge wurden typische Spirochaete pallidae nachgewiesen. Als einer anderen Gemeinde gehörend, wurde Pt. nach wenigen Tagen in dieselbe hinübergeführt.

Weil keine Erläuterungen über, oder Symptome von Reinfektion mit Syphilis vorliegen, liegt die Infektion bei diesem Kranken somit beweisbar wenigstens gegen neun Jahre in der Zeit zurück, indem der Ausbruch, wegen welches Pt. vor ungefähr 8½ Jahren im Kommune-Hospital behandelt wurde, schon ein Rezidiv gewesen ist. Pt. hat dann jetzt papulo-erosive Syphilide von ganz demselben gewöhnlichen, sekundären Typus wie vor 8½ Jahren und zum Teil auf ganz denselben Stellen (Gaumenbögen, Tonsillen, linker Seite der Zunge), was es wahrscheinlich macht, daſs sich die Spirochäten während aller dieser Jahre hier latent gehalten haben, eine Möglichkeit, die übrigens öfter durch die Verhältnisse beim Auftreten der Rezidive in dieser Krankheit bestätigt scheint.

Nach Fournier sollen die erosiven Syphilide (im Gegensatz zu „la glossite dépapillante") auf der Mundschleimhaut nach dem zehnten Jahre nach der Infektion aufhören zu erscheinen, ausgenommen als sehr seltene Ausnahmen. Fournier erwähnt aus eigener Erfahrung nur zwei Fälle, die nach dieser Zeit beobachtet wurden, nämlich im 16. und 18. Jahre, und aus der Literatur einzelne ähnliche bis zu 20 Jahren nach der Infektion. In meinen Journalaufzeichnungen betreffend private Patienten[1]

---

[1] Im Krankenhaus kommen die meistens ganz unbedeutenden tardiven sekundären Syphilide weit seltener zur Observation und sehr oft nur als mehr zufälliger Fund. Dies war somit zum gröſsten Teile der Fall bei einer Reihe von Beobachtungen circinater, syphilitischer Erytheme (Neurosyphilide Unna) bei prostituierten Weibern, mitgeteilt vom Verfasser dieses Aufsatzes in *Monatsh. f. prakt. Dermatologie*, Bd. XXII, 1896.

finde ich unter den Fällen von sekundären tardiven Syphiliden mit verschiedener Lokalisation (so ein Fall von Papulae volarum 20 Jahre nach der Infektion) zwei Fälle von erosiven papulösen Syphiliden der Mundhöhle bezw. 11 und 13 Jahre nach der Infektion.

Im ersten Falle hatte PT., welcher nur im ersten Jahre nach der Infektion eine merkurielle Behandlung durchgemacht hatte, vom 7. bis zum 11. Jahre nach derselben, während welcher fünf Jahre er öfters in meiner Behandlung war, verschiedene Male erosive Syphilide an der Zunge, welche durch merkurielle Behandlung verschwanden, aber wieder rezidivierten, besonders jedesmal, wenn er zu rauchen anfing, was er trotz bestimmten Verbotes sich nicht bequemen konnte einzustellen. Ein paar mal, nämlich 7 und 11 Jahre nach der Infektion, zeigten die erosiven Syphilide den papulösen Typus, lokalisiert bezw. auf der Zunge und auf der Zunge und der Innenfläche der Wange ohne andere syphilitische Symptome. Es ist mit gutem Grund, daſs FOURNIER von solchen Patienten absolute Enthaltung von Tabak verlangt als Bedingung, um in die Ehe einzutreten.

In dem zweiten Falle, wo die Infektion volle 13 Jahre in der Zeit zurücklag, fanden sich mehrere erodierte, runde und bogenförmige Papeln am linken Seitenrande und am Rücken der Zunge, eine einzelne am weichen Gaumen. Kein anderes Zeichen von Syphilis. Sie schwanden im Laufe ungefähr eines Monats mittels merkurieller Einreibungen.

FOURNIER hebt besonders die mit den tardiven sekundären Syphiliden verbundene Ansteckungsgefahr hervor, wenn sie auf der Mundschleimhaut und den Genitalien auftreten, und teilt aus eigener und anderer Erfahrungen eine ganze Reihe wohlkonstatierter Fälle von Ansteckung durch solche Formen zwischen dem vierten und zehnten Jahre nach der Infektion mit, und auſserdem einzelne nach dieser Zeit bis zum 18. Jahre, welche kaum in Zweifel gezogen werden können. Der Nachweis, wie in dem hier mitgeteilten Falle, der Spirochaete pallida, deren Vorkommen unter ähnlichen Verhältnissen auch von HOFFMANN[3] erwähnt wird, gibt einen direkten Beweis der Ansteckungsgefahr bei tardiven sekundären Syphiliden.

---

[3] *Dermat. Zeitschr.*, Bd. XV, 1908, S. 293.

Aus der Klinik für Dermatologie und Syphiligraphie der Universität Toulouse.
(Prof. Dr. AUDRY.)

# Über den Farbstoff in den blauen Flecken (Maculae cacruleae).

## (Vorhandensein eines Pigments in den Eiern des Pediculus.)

Von

Dr. PELLIER,
Assistent der Klinik.

Auf die Geschichte der Frage nach dem Wesen der blauen Flecke soll hier nicht eingegangen werden. Es sei nur erwähnt, daſs schon vor den Arbeiten von DUQUET, MOURSOU, MALLET (1880—1882) THONNERET (1866) die Vermutung ausgesprochen hatte, daſs ein Pigment die Ursache der blauen Flecke sei. Da diese Hypothese bisher durch keine Beweise gestützt wurde, neuerdings aber erst wieder von TIECHE (1908) als logische Folgerung seiner klinischen Studien aufgestellt wurde, so beeile ich mich, hier eine objektive Beobachtung zu ihren Gunsten beizubringen.

Bisher war der Befund bei den Untersuchungen des Pigments in den Geweben immer ein negativer, und die Untersucher beschuldigten bald eine Stauung in den Kapillaren (CHIDEVERGUE 1864), bald eine Stauung des sauerstoffarmen Blutes (POUCHET 1880). Eine Zeit lang ruhte dann die Frage, bis OPPENHEIM sie wieder aufnahm, der auf die Anwesenheit grüner Zellen im Körper der Pediculi hinwies. Er meinte, die blauen Flecke seien eine Reaktion auf das Blut in den Geweben, wie auch die grünen Elemente im Parasiten infolge einer Reaktion zustande kämen. Gegen diese Vermutung machte TIECHE geltend, daſs es nicht gelänge, die Reaktion im Reagenzglas zu wiederholen; vielmehr brachte ihn das Vorhandensein einer violetten Verfärbung ohne spezifischen Charakter — „die Art dieser Entstehung sowie die Persistenz nach Abtragung der Epidermis“ — auf den Gedanken, „daſs es sich um Infiltration der Haut mit korpuskulären Elementen handelt, die — wie die negativen Resultate der bisherigen Untersuchungen lehren — sehr fein und, wie ich feststellen konnte, unterhalb des Epithels gelegen sein müssen“. Bleibt also immer noch das Pigment zu entdecken, um diese theoretischen Schluſsfolgerungen zu bestätigen.

Das ist mir freilich auch noch nicht geglückt; denn um das etwaige Vorhandensein eines solchen Pigments zu beweisen, dazu bedarf es tief dringender Biopsien. Ich untersuchte aber ein Lausei bei sehr starker

Vergrößerung, und da konnte ich ganz deutlich einen blauen Fleck erkennen. Ich habe daraufhin noch zahlreiche Eier unter das Mikroskop gebracht und immer denselben Befund erhoben, gleichviel wie die Präparate vorbehandelt waren, ob mit Kali carbonicum, mit Chlor, Xylol, Glycerin usw.

Diese Flecke, oder richtiger, diese Körner haben eine ganz unverkennbare schöne blaue Färbung. Ihre Form und Größe wechseln vielfach im selben Ei; am deutlichsten sind sie in dem chitinösen Band (collet) zu erkennen, mit dem das Ei an das Haar geheftet ist. Hier sind die Präparate besonders lehrreich. Denn in der Eihaut selber sind bald während der Anwesenheit, bald nach dem Abgang des Embryo zahlreiche, verschieden gefärbte Detritusmassen enthalten, unter denen die blauen Körner schwer zu finden sind. Ihr häufiges Vorkommen in dem chitinösen Band dagegen beweist, daß sie mit der Entwicklung des Eies nichts zu tun haben, und daß sie auch schon vor ihm da sind.

Ihre Farbe hat mit der von Oppenheim beschriebenen grünen Färbung der Zellen keinerlei Ähnlichkeit. Möglich, daß beide gemeinsamen Ursprungs sind und daß ihre Verschiedenheit nur durch einen Unterschied in der Menge des Farbstoffs bedingt wird. Im Tierkörper selbst habe ich weder die eine noch die andere Färbung je beobachtet; nur ein einziges Mal fand ich ein kleines blaues Körnchen an dem Füßchen einer Laus.

Ich kann also zurzeit nicht behaupten, daß die von mir beschriebenen Körner mit Tieches korpuskulären Elementen identisch sind. Wahrscheinlich ist das allerdings, kann aber nur durch die Biopsie und eine geeignete Technik festgestellt werden. Nur das läßt sich jetzt schon mit einiger Sicherheit sagen, daß, entgegen der Oppenheimschen Ansicht, der Pediculus einen Farbstoff nicht etwa bloß örtlich durch Reaktion seines Speicheldrüsensekrets auf das Blut erzeugt, sondern, daß er imstande ist, ihn direkt zu sezernieren.

---

## Literatur.

Oppenheim, Über einen vom Pediculus pubis gebildeten Farbstoff. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 57, S. 235.

Tieche, Zur Kenntnis der Maculae caeruleae. Daselbst. Bd. 91, S. 327.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

---

# Versammlungen.

## Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Dezember 1908.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. L. Lilienthal demonstriert einen jungen Mann mit **streifenförmiger Sklerodermie** am Rumpf und an den Oberschenkeln. Die Erkrankung wird auf ein Trauma am Oberschenkel bezogen.

Diskussion: Blaschko macht auf die Übereinstimmung des Verlaufes mit dem Gebiet des dritten Lumbalnerven aufmerksam und auf die aufserordentliche Übereinstimmung, die der Verlauf dieser Fälle sowohl am Rumpf wie an der Rückseite des Oberschenkels hat.

2. Hoffmann demonstriert die Moulage eines Falles von **Lupus erythematodes hypertrophicus.**

3. Hoffmann demonstriert einen Patienten mit **Lupus miliaris faciei.** Die Impfung eines exzidierten Knötchens in die vordere Kammer eines Kaninchens scheint von Erfolg zu sein.

4. Hoffmann demonstriert die mikroskopischen Präparate eines **Zungencarcinoms**, in welchem sich weit entfernt vom primären Tumor in einem Nerven Carcinomzellen gefunden haben.

5. Hoffmann demonstriert eine Kranke mit **kleincircinärer Psoriasis** des Gesichts.

6. Arndt demonstriert einen 78jährigen Mann mit **leukämischen Tumoren** im Gesicht.

7. Rissom demonstriert einen alten israelitischen Mann mit **Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex Kaposi.** Tumoren auch am Gaumen und vermutlich auch in der Lunge. Röntgenstrahlen haben einen gewissen Erfolg gehabt.

8. Mierley demonstriert eine Frau mit malignem Verlauf ihrer **Syphilis.** Es besteht Neigung zu schweren Blutungen aus den Hautulcerationen und Ikterus mit Leber- und Milzvergröfserung und Urobilinausscheidung. Es scheint sich um eine Lebercirrhose zu handeln.

Diskussion: Mankiewicz macht darauf aufmerksam, dafs die Blutungen die Folge der Lebererkrankungen seien. Er empfiehlt zur Behandlung die Bacellischen intravenösen Sublimatinjektionen wegen ihrer rapiden Wirkung. — Rosenthal berichtet über einen tödlich verlaufenen Fall von Hg-Dermatitis und Blutungen mit Pneumonie, bei dem die Blutungen auf eine schon ältere Lebercirrhose zu beziehen waren.

9. Schultz demonstriert eine **Röntgenröhre**, mit der ganz besonders weiche Strahlen erzielt werden können. Bei 0,25 Wehnelt konnte er die Röntgenphotographie eines trockenen Weinblattes und eines Alpenveilchenblattes erzielen, so dafs hier Strahlen verwendet worden sind, welche den Radiumstrahlen sehr nahekommen.

---

# Fachzeitschriften.

## Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 93, Heft 1 u. 2. November 1908.

1. **Über typische Verätzungen an den Händen der Metallarbeiter, Galvaniseure, Bildhauer usw.**, von O. Neugebauer-Wien. Hirsekorn- bis bohnengroſse, scharf begrenzte Substanzverluste mit glatter, hellroter Basis und leicht speckigem Belag, die wie mit dem Locheisen ausgeschlagen sind und keinerlei Reaktionserscheinungen in der Umgebung zeigen, finden sich an den Fingern bei Arbeitern, die mit gelöschtem Kalk hantieren und dabei im oder mit Wasser arbeiten, so daſs die Haut maceriert wird. Gerber, die in gelöschtem Kalk präparierte Felle verarbeiten, Maurer, Stukkateure und Bildhauer sowie auch Arbeiter in Metallfabriken, die die zu vernickelnden Gegenstände mit Petroleum, gelöschtem Kalk und Wasser vorbehandeln, zeigen die Affektion in ganz gleicher Weise. Daſs die Ursache der Affektion tatsächlich die Ätzwirkung der Kalkpartikelchen, zeigen die in den Krusten, die sich hie und da noch auf den Substanzverlusten finden, beobachteten Partikelchen sowie auch die positiven Resultate, die N. erhielt, wenn er Körnchen des gelöschten Kalkes in vorher macerierte Haut einrieb.

2. **Untersuchungen über tropische Trichophytosis**, von A. Castellani. Sechs tropische, von den bei uns vorkommenden Formen verschiedene Trichophytosen, soweit sie in fünfjährigem Aufenthalte auf Ceylon beobachtet worden sind. C. beschreibt genau die Erreger der einzelnen Formen und die Kulturversuche mit denselben, die Differentialdiagnose und die jeweilig beste Behandlungsweise. Sehr vorteilhaft in vielen Fällen war die von C. angegebene Pinselung mit Resorcin in Tc. Benzoes 4:30. Zwei neue von C. gefundene Formen.

3. **Über einen Fall von intrauterin entstandenem, toxischem, bullösem Exanthem**, von Franz Blumenthal-Berlin. Eine gravide Frau, die seit drei Jahren an Dermatitis herpetiformis Duhring litt, bekam innerhalb 24 Tagen 0,03 arsenige Säure und 4,3 g Atoxyl und kam einen Monat zu früh nieder. Das sonst gesunde Kind, ein Mädchen, zeigte eine besonders an den Extremitäten ausgesprochene Blaseneruption, die rasch eintrocknete und trotz mehrfacher Nachschübe in 14 Tagen abgeheilt ist. Untersuchungen des Urins und Meconiums auf Arsen waren negativ. Wie die schnelle Heilung zeigt, dürfte die Ursache des Exanthems nicht im Fötus selbst gelegen haben, sondern ist von der Mutter auf ihn übertragen worden. Trotzdem die klinischen Erscheinungen in vielem einer Dermatitis herpetiformis entsprachen, dürfte es näher liegen, die Erkrankung als Arsenexanthem aufzufassen.

4. **Beitrag zur pathologischen Anatomie der gesunden Haut nach Einwirkung von β-Naphtol**, von P. Kopytowski-Warschau. In zehn Fällen wurde β-Naphtol auf die Skrotalhaut jüngerer Männer appliziert und nach 24stündiger bis viermal 24stündiger Einwirkung eine histologische Untersuchung vorgenommen. Stets rief das Mittel eine Entzündung hervor, die bei schwacher, aber langdauernder Einwirkung mehr produktiven, bei intensiver, obwohl kurzdauernder Applikation mehr destruktiven Charakter trug. Die Wirkung übertraf die des Resorcin beträchtlich, die Parakeratose war mehr ausgeprägt, die Zellen mehr verändert, die leukotaktische Wirkung deutlicher; auffällig war der Zerfall im Stratum spinosum, während die Vermehrung des Gefäſsepithels, die für Resorcin charakteristisch ist, fehlte.

5. **Über nervöse Überempfindlichkeit der Haut,** von C. Kreibich-Prag. K. spricht von einer nervösen Überempfindlichkeit der Haut im Sinne veränderter Innervation und Reaktion gegen äufsere Traumen, wie ja schon heute eine Reihe Dermatosen als durch äufsere Reize ausgelöste Neurosen gedeutet werden. Noch deutlicher kommt der nervöse Charakter dieser Überempfindlichkeit dort zum Ausdruck, wo sie sich durch eine allgemein als nervös gedeutete Hautveränderung oder durch Lokalisation der Hautveränderung in einer überempfindlichen Hautzone verrät. In diesem Sinne spricht der Lichen chronicus Vidal, der sich bei einem 32jährigen Arbeiter auf einem systematisierten, streng halbseitigen Pigmentnaevus entwickelte, für die geänderte zentrale Innervation der Metamere und der metamerale Naevus für den zentralen Ursprung des Lichen. In ähnlicher Weise war bei einem zehnjährigen Mädchen mit Vitiligoflecken auf dem Rücken ein infolge Pediculi capitis entstandenes schuppendes Ekzem fast ausschliefslich in den Grenzlinien der vitiliginösen Herde lokalisiert. Erklärung: Die vasomotorische Erregung dieses nervös reflektorischen Ekzems ist auf jenen Bahnen gegangen, die von der veränderten Innervation der Vitiligo offen standen.

6. **Ein Beitrag zur chemischen Untersuchung des Blutes rezent luetischer Menschen,** von Rudolf Winternitz-Prag. Nach den Untersuchungen von W. liegt es nahe, die gröfsere Gerinnbarkeit des luetischen Blutes auf eine Fibrinogenvermehrung des Plasmas zurückzuführen.

7. **Über die Darier sche Dermatose,** von Enzo Bizzozero-Bern. Bei einem 13jährigen Mädchen war besonders das Gesicht, weniger die Streckseiten der oberen Extremitäten befallen; anämische Streifen des Nagelbettes an einigen Nägeln; leichter Grad von Ichthyosis nitida an den seitlichen Teilen des Rumpfes. Genaue histologische Untersuchungen, besonders über Lückenbildungen und Artefakte; auf die sog. „Psorospermien“ wird nicht näher eingegangen.

8. **Beiträge zur Frage der Hautabsorption mit besonderer Berücksichtigung der erkrankten Haut,** von M. Oppenheim-Wien. Die Absorption des Jothions wurde bei verschiedenen Erkrankungszuständen der Haut geprüft, so bei Lichen, Ichthyosis, Syringo-Cystadenom, Alopecie, Atrophie usw., um festzustellen, wie weit osmotische Vorgänge durch die Epidermis hindurch oder aktive Tätigkeit der Schweifs- bezw. Talgdrüsen bei der Absorption eine Rolle spielen. Die Annahme erscheint berechtigt, dafs ein reiner, nach physikalischen Gesetzen vor sich gehender Diffusionsvorgang, bei dem die Epidermis nur passiv die Rolle einer Diffusionsmembran spielt, nicht vorliegt, sondern dafs die Talgdrüsen eine mafsgebende Rolle dabei spielen, zum wenigsten die Fähigkeit haben, fettlösliche Substanzen aufzunehmen.

9. **Das Ekzem mit Unterschenkelgeschwür, sein Wesen und seine Behandlung,** von Karl Francke-München. Eine „neue Auffassung“ vom Wesen des Ekzems: Das Ekzem ist eine Infektionskrankheit, und zwar eine Geschlechtskrankheit mit ganz typischem Verlauf, bei dem sich ganz wie bei der Syphilis ein primäres, sekundäres und tertiäres Stadium unterscheiden läfst. Der häufigste Sitz des Ekzems ist die Genitalgegend, wobei es wahrscheinlich ist, dafs auch Harnröhre und Harnblase erkranken, sowie wenigstens ein Teil der vielen Leiden der inneren Geschlechtsteile der Frau auf Ekzem zurückzuführen ist. Das das Ekzem erzeugende Lebewesen ist noch nicht gefunden. Die Krankheit ist vererbbar. Das Universalmittel des Ekzems ist das Kreosot, das innerlich längere Zeit zu geben ist und äufserlich sowohl heifsen Bädern wie geeigneten Pasten zuzusetzen ist. (Der ganze Artikel ist wohl nicht ohne Absicht in Petitschrift gesetzt worden. Ref.)

10. **Bericht über acht Fälle von Lupus erythematodes acutus,** von Alfred Kraus und Carl Bohač-Prag. Acht ausführlich mitgeteilte, hochinteressante Kranken-

geschichten, in denen siebenmal gleichzeitig Erythema perstans faciei vorhanden war, und siebenmal der Exitus letalis im Verlaufe der Krankheit erfolgt ist, sich sechsmal Lungenaffektionen nachweisen liefsen, wobei viermal durch die Obduktion Pneumonie festgestellt werden konnte. Hervorzuheben ist, dafs mit dem Auftreten des Fiebers jeweilig eine Verschlimmerung bezw. akute Dissemination des Hautleidens einsetzte. Das Fieber trug meist septischen Charakter. Das Material zeigt, dafs eine Pneumonie gelegentlich nicht Folge, sondern Ursache der akuten Lupus erythematodes-Erkrankung sein kann.

11. **Zur Lehre von den Dermatomykosen.** Klinisch-epidemiologische und experimentell-biologische Beiträge, von Bruno Bloch-Basel. Die eingehende, 65 Seiten starke Arbeit gibt in erster Linie die Resultate der Beobachtungen, die bei der ausgedehnten Mikrosporie-Epidemie in Basel im Jahre 1907 gewonnen wurden. Der Erreger der Epidemie zeigte im Verhalten auf künstlichen Nährböden alle Eigenschaften des Mikrosporon Audouini. Wesentlich erscheint, dafs in therapeutischer Hinsicht fast allein die Röntgenbestrahlung als ideale Epilationsmethode in Betracht kam. (Die sonst stets unschädliche Mafsregel führte in einem Falle nach an sich ganz niedriger Dosis, die nicht einmal eine Dermatitis zur Folge hatte, genau zehn Tage nach der Bestrahlung zu Erscheinungen einer akuten Meningitis. B. schliefst hieraus auf die Möglichkeit einer individuellen, ganz abnormen Überempfindlichkeit für Röntgenstrahlen.)

Grofse Experimentreihen cutaner Inokulation mit tierpathogenen Trichophytiepilzen ergaben in Meerschweinchen und Kaninchen charakteristische positive Resultate; zugleich eine Immunität des ganzen Hautorgans (nicht nur der geimpften Stelle) gegen Neuimpfungen, selbst solche mit kulturell und morphologisch ganz verschiedenen Pilzarten. Etwas Ähnliches läfst sich beim Menschen nach dem Überstehen einer tieferen Trichophytie beobachten. *W. Lehmann-Stettin.*

---

## Dermatologisches Centralblatt.

Band XII, Heft 2. November 1908.

I. **Vitiligo. Ein neues Instrument für deren Behandlung und zur Beseitigung verunstaltender Narben und Tätowierungen,** von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. Die Beseitigung von Vitiligoflecken an exponierten Hautstellen, wie Gesicht und Händen, läfst sich nur erfolgreich vornehmen durch Einführen eines künstlichen Pigmentsubstituts in die pathologisch pigmentarmen Flecken in der Art des gewöhnlichen Tätowierungsprozesses. Als Pigment nimmt H. eine Mischung von gelbem, braunem und rotem Ocker, die mit 20%igem glycerinhaltigem Wasser zu einer dünnen Paste angerührt und mittels der Tätowiernadeln in das Gewebe abgelagert wird. In letzter Zeit hat H. das Pigment mechanisch mittels eines Elektromagneten eingeführt und sich zu diesem Zwecke eines Apparates bedient, an dem zehn bis zwölf Nadeln mit der Häufigkeit faradischer Variationen mittels eines Stromes von fünf bis acht Volt operieren.

2. **Ein aufsergewöhnlicher Befund bei Pityriasis versicolor,** von Hermann Mau-Libau. In einem Falle von ausgedehnter Pityriasis versicolor hat M. beobachtet, dafs die affizierten Partien trocken blieben, wenn der Patient schwitzte, und dies Phänomen auch mit Pilokarpin kontrollieren können. Er neigt zu der Annahme, dafs das Mikrosporon furfur auch in die Gänge der Schweifsdrüsen hineinwuchert und sowohl durch reichliche Pilzentwicklung wie durch Verdickung der Epithelschicht die Ausführungsgänge verlegt. *W. Lehmann-Stettin.*

---

**Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.**

Band V, Heft 11.

**Über die III. Tagung Deutscher Berufsvormünder und den Deutschen Fürsorge-Erziehungstag zu Strafsburg, 6. bis 10. Juli 1908,** von W. Hammer-Berlin. Weitere Schilderung der Beobachtungsstation für abnorm erscheinende Schulkinder in Frankfurt a. M. und Bericht über die königliche Mädchenerziehungsanstalt zu Boppard a. Rh. Ohne dermatologische Momente.

**Die Atoxylbehandlung der Syphilis,** von L. Rapiport-St. Petersburg. Aufser einem kleinen Auszug aus der schon mehr als 100 Mitteilungen umfassenden Literatur über diesen Gegenstand bringt Verfasser Berichte über einige von ihm mit Atoxyl erfolgreich behandelte Patienten. Die verwendete Einzeldosis betrug 0,1 bis 0,2; es wurde wöchentlich zwei- oder dreimal eine Injektion verabreicht bis zum Verbrauch von etwa 15, selten 20 Portionen. Die mitgeteilten Krankengeschichten betreffen alle Fälle, welche von ungewöhnlicher Schwere waren oder aus irgend einem Grunde die sonstige antisyphilitische Behandlung nicht vertrugen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

**Annales des Maladies vénériennes.**

Band III, Heft 10. Oktober 1908.

1. **Über einen Fall von „Spondylose rhizomélique" (Typus Marie-Strümpell) in Beziehung zur konstitutionellen Spätsyphilis,** von Piétro Stancanelli-Neapel. Ein 44jähriger Handelsmann hat sich im Alter von 20 Jahren einen Schanker zugezogen, der für syphilitisch erklärt wurde, aber während der nächsten vier Jahre von keinerlei konstitutionellen Symptomen gefolgt war. Dann zum ersten Male stellten sich rheumatoide Anfälle ein, die, häufig rezidivierend, stets einer Hg-Behandlung wichen, aber schliefslich aller Behandlung spotteten und sich mit Versteifungen fast sämtlicher Gelenke komplizierten, die so weit gingen, dafs Patient schliefslich hilflos mit steifem Nacken, steifem Kreuz und in Beugung ankylosierten Gelenken, besonders allen gröfseren Gelenken, dalag, ohne dafs irgend eine Behandlungsmethode ihm Hilfe bringen konnte. Da nach dem ganzen Verlauf ein chronisch deformierender Rheumatismus ebenso wie eine Pachymeningitis cervicalis hypertrophica Charcot auszuschliefsen war, nimmt Verfasser multiple tertiäre Lokalisationen der Syphilis an und denkt sich die Sache so, dafs mit der Länge der Zeit das syphilitische Virus Ernährungsstörungen verursacht hat, die ihrerseits zur Ossifikation und Calcifikation Veranlassung gegeben haben.

2. **Merkurielle Behandlung bei Syphilis,** von G. Sabareanu-Bukarest. Bei der Injektion löslicher Hg-Salze hat S. die Beobachtung gemacht, dafs die in gröfseren Abständen gegebenen grofsen Dosen, die an sich schmerzhafter sind und leichter zu Komplikationen, Stomatitis usw. Veranlassung geben, die Durchführung der Behandlung erschweren und nicht nur durch das bei Auftreten einer Stomatitis gebotene Aussetzen eine längere Zeit benötigen, sondern auch unwirksamer sind als die kleinen, öfter wiederholten Injektionen, da die bei grofsen Dosen überhastete und unregelmäfsige Ausscheidung die Wirkung des Quecksilbers im Körper geringer macht.

3. **Einige Resultate experimenteller Studien über Syphilis,** von G. Hugel-Strafsburg. An der Wolffschen Klinik in Strafsburg wurden schon vor zehn Jahren Schweine mit positivem Erfolge mit Syphilis inokuliert, doch waren die Erscheinungen, besonders die allgemeinen Eruptionen, sehr abgeschwächter Art. Seitdem die Entdeckung der Spirochaeta pallida die Möglichkeit an die Hand gegeben hat, auch uncharakteristisch aussehende Ausschläge als syphilitisch zu erweisen, sind die Versuche

wiederholt worden, wiederum mit positivem Ergebnis und Spirochätennachweis. Eine Reihe Versuche wurden auch an niederen Affen vorgenommen, darunter vier interessante Experimente, die Prophylaxe betreffend. Im ersten Falle wurde die Inokulationsstelle eine halbe Stunde nachher mit 33%iger Kalomelsalbe eingerieben, trotzdem einen Monat später typische Sklerose. Im zweiten Falle wurde die zur Übertragung benutzte Papel eine halbe Stunde einer 10%igen Atoxyllösung ausgesetzt und erzeugte nichtsdestoweniger eine Sklerose, während eine ähnliche Vorbehandlung mit 12½%iger Chininlösung ein negatives Resultat ergab. Ebenso negativ war die Inokulation im vierten Falle, in welchem die betreffende Stelle eine halbe Stunde danach mit 40%iger Chininsalbe fünf Minuten gerieben worden war.

4. **Tödliche Urämie bei einem Psoriatiker nach prolongierter Merkurialbehandlung,** von R. Rostaine und A. Desmoulières. Ein 30jähriger Mann, der seit etwa 20 Jahren an Psoriasis leidet, bekommt eine frische Eruption seines Leidens, wird aber von seinem Arzte für syphilitisch erklärt und etwa acht Monate lang mit Hg innerlich, Injektionen und Einreibungen, behandelt, bis eines Tages Ödeme auftreten, Herabsetzung des Sehvermögens und Albumen im Urin konstatiert wird. Daraufhin Aussetzen, Milchdiät usw. Eine Wiederaufnahme der Hg-Behandlung nach etwa vier Wochen ist sofort von einer Verschlimmerung begleitet, so dafs Patient sich entschliefst, das Hospital St. Louis aufzusuchen. Trotz vorübergehender Besserungen ist die Progression des Leidens nicht mehr aufzuhalten und nach fünf Monaten erliegt Patient demselben unter urämischen Symptomen. Die Autopsie deckte unter anderem eine alte chronische Nephritis auf, die schon vor der Hg-Behandlung bestanden hatte.

*W. Lehmann-Stettin.*

---

**Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.**

Bd. VIII, Nr. 23.

**Bericht über einen im Namen der Société française de prophylaxie sanitaire et morale vorgelegten Entwurf zur Reglementierung der Prostitution,** von L. Butte-Paris. Genannte Gesellschaft hat sich mit grofser Majorität dafür ausgesprochen, dafs es sich nicht empfehle, die Reglementierung und Überwachung der Prostituierten gesetzlich abzuschaffen, und dafs die ärztliche Beaufsichtigung derselben beizubehalten sei. Die aufserparlamentarische Kommission hatte sich, gestützt auf die Autorität von Prof. Augagneur-Lyon, welcher die Blennorrhoe und auch die Syphilis für ganz ungefährliche (!) Erkrankungen erklärt hatte, die Beseitigung jeglicher Kontrolle beschlossen. B. wendet sich mit grofser Lebhaftigkeit und Ausführlichkeit gegen diesen Beschlufs. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

**Folia urologica.**

Band III, Nr. 2. November 1908.

1. **Weitere Erfahrungen über Nierentuberkulose und die Endresultate von 71 Nephrektomien wegen Tuberkulose,** von Krönlein-Zürich. Die direkte Operationsmortalität von 71 Nephrektomien betrug 5,6%; im ganzen starben im Verlaufe von 18 Beobachtungsjahren 18 Patienten, davon 14 im ersten Jahre nach der Operation; Todesursache meist Tuberkulose, besonders Miliartuberkulose. In vielen Fällen wird die bestehende Tuberkulose anderer Organe nach Elimination der tuberkulösen Niere auch besser, nur die sekundäre Blasentuberkulose heilt gewöhnlich nur dann aus, wenn sie circumskript und auf die nächste Umgebung der Ureteröffnung beschränkt war.

2. **Über Massenblutungen aus den Nieren ohne pathologischen Befund,** von H. GRAFF-Bonn. Nach einer ziemlich anstrengenden Radfahrt bekommt ein ganz gesunder 20jähriger Mann starkes Bluthamen; die Cystoskopie zeigt die rechte Niere als Sitz der Blutung; Röntgenbefund negativ; expektative Behandlung ohne Erfolg. Freilegung der Niere, die etwas grofs und etwas beweglich, aber normal; Dekapsulation. Histologische Untersuchung eines exzidierten Stückchens vollkommen normal. Geheilt. Es gibt danach noch Fälle von Nierenblutung ohne materielle Ursachen, die nicht beginnende Nephritis dokumentieren und zurzeit noch unerklärbar sind.

3. **Die Ureternaht und ihre funktionellen Resultate,** von J. ALKSNE-St. Petersburg. Experimente an Tieren, besonders Hunden, und Erörterungen der Vorzüge und Nachteile der verschiedenen Operationsmethoden, die rein technisch-chirurgisches Interesse haben. *W. Lehmann-Stettin.*

---

# Mitteilungen aus der Literatur.

## Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

### d. *Prostata.*

**Die Exstirpation der Prostata,** von HERMANN KÜMMELL-Hamburg. (*Archiv f. Chirurgie.* Bd. 82, Heft 4.) In einer historischen Einleitung bespricht Verfasser die zahlreichen Methoden der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie, wie sie sich im Laufe der Zeit nach verschiedenen Richtungen hin entwickelt haben. Die BOTTINIsche Operation hat K. selbst 52mal ausgeführt und hatte hierbei vier Mifserfolge und drei kurz nach dem Eingriff eingetretene Todesfälle zu verzeichnen; er unternahm diese, wie alle anderen Eingriffe, fast nur bei vollkommener Urinretention und suchte stets durch Einlegen eines Dauerkatheters vorher eine spontane Entleerung wiederherzustellen. Mit der an Stelle der Kastration eingeführten Resektion der Vasa deferentia hat K. nur wenige Resultate erzielt: unter sieben operierten Patienten blieb viermal die Wirkung aus, drei konnten spontan den Urin wieder entleeren. Was nun die Exstirpation der Prostata betrifft, so erklärt K. die intrakapsuläre Entfernung des Organs für einen wesentlichen Fortschritt, sei es, dafs sie vom Perineum oder von der Blase aus vorgenommen wird. Die Notwendigkeit dieser Radikaloperation tritt dann ein, sobald der Patient gezwungen ist, zur Entleerung der Blase dauernd selbst den Katheter anzuwenden und wird noch dringender durch Infektion und Steinbildung der Blase, durch häufige Blutung und erschwerten und schmerzhaften Katheterismus. K. gibt, wenn es der Zustand des Patienten erlaubt, der Prostatektomie als der radikalsten und am sichersten zum Ziele führenden und Rezidive ausschliefsenden Operation den Vorzug und wendet sowohl den Weg vom Damme aus, als den durch hohen Blasenschnitt an. Bei stark in die Blase prominierender Prostata sowie in allen Fällen, in denen eine breite Eröffnung der Blase zwecks genauer Absuchung und zur Beseitigung von Komplikationen (Divertikeln, Steinen, schwerer Cystitis usw.) erwünscht erscheint, zieht er die Sectio alta und bei stark in das Rektum prominierenden Tumoren, soweit dieselben nach oben mit dem Finger zu erreichen sind, den perinealen Weg vor. Im allgemeinen ist bei ersterer Operation die Technik leichter, die Ausschälung des Tumors viel glatter, die Blutung geringer. Bei der perinealen Operation bildet einen wesentlichen Nachteil

die Gefahr der Verletzung der Rektalschleimhaut, obwohl sich bei einiger Übung dies vermeiden läfst. Strikturenbildung ist bei beiden Operationsmethoden nicht ganz zu vermeiden und es empfiehlt sich unter allen Umständen von Zeit zu Zeit daraufhin zu untersuchen. Kontraindikationen der Prostataexstirpation bilden hochgradig gestörtes Allgemeinbefinden, weitgehende Arteriosklerose und diffuse Bronchitis, sowie nicht zu beseitigende Niereninsuffizienz und vollständig erloschene Kontraktionsfähigkeit der Blase. Bei Verdacht auf Carcinom soll stets radikal operiert werden. Was die Narkose betrifft, so hat K. entweder die Äthernarkose mit vorheriger Skopolamin- (5 dmg), Morphium- (0,01 g) Injektion oder in der letzten Zeit fast ausschliefslich die Lumbalanaesthesie mit Tropakokain oder Adrenalin erfolgreich angewandt. K. hat die radikale Entfernung der Prostata 41mal vorgenommen, 9mal wegen Carcinomen, 32mal wegen gutartiger Hypertrophie der Vorsteherdrüse; in elf Fällen wurde vom Perineum aus, 29mal durch die Sectio alta operiert. Von den wegen Hypertrophie der Prostata operierten 32 starben im Anschlufs an die Operation acht im Alter von 63—90 Jahren, drei starben später (an Pneumonie usw.). Die Erfolge, die K. mit dieser Radikalbehandlung hat, sind also relativ gute und seine bezüglichen Ausführungen jedenfalls beherzigenswert, zumal sie in ungeschminkter Weise alle Vor- und Nachteile der jetzt so viel genannten Operation wiedergeben.

*Stern-München.*

**Die Geschlechtsfunktionen bei der Prostatektomie,** von E. Papin. (*Thèse de Paris*, 1908, nach *Semaine méd.* 1908. Nr. 47.) Verfasser hat die Nachgeschichte bei 52 Patienten, an denen die perineale Prostatektomie ausgeführt worden war, eruiert; von diesen hatte nur ein einziger die Fähigkeit, in normaler Weise zu ejakulieren behalten, und auch bei ihm waren vier bis fünf Monate bis zur Wiederherstellung normaler Verhältnisse verflossen. Die Erektion stellte sich bei zwölf Kranken in normaler Weise ein; bei 16 war sie vermindert und bei 34 total beseitigt. Vielfach stellen sich die Erektionen nur bei gefüllter Blase ein. Bei der Prostatektomie bei hohem Blasenschnitt sind, wie verschiedene Autoren berichten, die Resultate in dieser Beziehung günstiger, doch standen P. nur drei solche Fälle zur Verfügung. Zum Zweck weiterer Aufklärung operierte er 20 Hunde nach verschiedenen Methoden. Als Gesamtergebnis wird festgesellt, dafs die Entfernung der Prostata an sich die Geschlechtstätigkeit nicht annulliert; die Schädigung in dieser Hinsicht beruht wohl einmal auf Verletzung der Ausführungsgänge der Samenbläschen andererseits vielleicht auf einer Störung der zentrifugalen die Erektion bedingenden Reflexwirkungen resp. deren Bahnen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Transvesikale Prostatektomie bei Gelegenheit einer Epicystotomie wegen voluminösem Blasenstein,** von Pavone. (I. Kongrefs der italien. Ges. f. Urologie. April 1908.) Der 69jährige Patient hatte, aufser einem voluminösen Blasensteine, eine hochgradige Prostatahypertrophie, die sich nach dem Blasenlumen zu entwickelt hatte. Es wurde die Epicystotomie ausgeführt, der Stein und die Prostata nach der Freyerschen Methode entfernt. Vollständige Heilung. *C. Müller-Nyon.*

**Perineale und transvesikale Prostatektomie,** von Cardini. (I. Kongrefs der italien. Ges. f. Urologie. April 1908.) Von diesen beiden Operationsmethoden zieht der Verfasser im ganzen die erstere vor, weil sie von den Patienten leichter ertragen werden, bessere unmittelbare Resultate gibt und in den septischen Fällen weniger Gefahren ausgesetzt ist, da wo Intoxikationserscheinungen bestehen, und die Individuen in einem gewissen Alter stehen. *C. Müller-Nyon.*

**Zweiseitige Prostatektomie unter Lokalanästhesie,** von Lanz-Amsterdam. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 22.) Für sehr heruntergekommene Prostatiker, bei denen namentlich wegen Nierenkomplikationen jede Narkose gefährlich ist, und auch

die Stovaininjektion nach den Erfahrungen von SCHWARZ eine bedenkliche Nierenreizung sehr leicht erzeugen kann, empfiehlt L. zunächst die Blase durch den hohen Schnitt unter Kokainanästhesie zu eröffnen und eventuell erst nach Besserung des lokalen und allgemeinen Befindens die Ausschälung der Prostata nach FREYERS Vorschrift vorzunehmen. Bei zwei auf diese Weise behandelten höchst prekären Fällen war der Erfolg schliefslich ein vollkommener; bei einem dritten ebenfalls ganz desolaten Falle konnte die Enukleation der Prostata sogar in derselben Sitzung ausgeführt werden. Verblüffend war die Beobachtung, dafs das Ausschälen der vergröfserten Drüse auch ohne jegliche Anästhesierung so gut wie völlig schmerzlos und ohne irgendwelchen Schock gelang. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Eine neue und schnelle Methode der perinealen Drainage bei suprapubischer Prostatektomie,** von JOSEPH RANSCHOFF-Cincinnati. (*Journ. amer. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 11.) Der Verfasser ist der Ansicht, dafs die suprapubische Prostatektomie für die Patienten vorteilhafter ist als die perineale. Den gröfsten Nachteil der ersteren sieht er in der möglichen Infektion des prävesikalen Raumes. Um diese zu verhüten stöfst er nach ausgeführter suprapubischer Prostatektomie einen Troicart von 36 Charrière von oben durch das Perineum und führt durch ihn ein Drain hindurch. Die Blase und das Abdomen werden sodann durch Naht geschlossen und die Nachbehandlung ist die gleiche wie bei der perinealen Prostatektomie. *Schourp-Danzig.*

**Über Atrophie der Prostata und über das Messen der Länge der Urethra,** von J. MACMUNN. (*Brit. med. Journ.* 6. Jan. 1908.) Bei zwei Fällen von multipler Spinalsklerose, Männer in mittleren Jahren, konstatierte M. ein vollständiges Fehlen der Prostata bei gleichzeitiger Impotenz und teilweiser Urinretention. Sonst nichts Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

### e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

**Über die Dignität einiger von der Norm abweichender Harnbefunde in praktischer und in versicherungsärztlicher Beziehung,** von FERDINAND KORNFELD-Wien. (*Klin. therap. Rundschau.* 1908. Nr. 15.) Der Verfasser erörtert Abweichungen in bezug auf Aussehen, spezifisches Gewicht, Zucker und Zuckergehalt des Harns und deren Entstehung und Bedeutung in diagnostischer, prognostischer, versicherungsärztlicher und therapeutischer Hinsicht. Die Einzelheiten der Arbeit müssen im Original nachgelesen werden. *Schourp-Danzig.*

**Nierensteine; Nephrolithotomie, nachher Nephrektomie wegen Blutung,** von H. A. LEDIARD und W. TEMPLETON. (*Lancet.* 15. Aug. 1908.) Die Röntgenuntersuchung hatte die Diagnose Nephrolithiasis bestätigt. Bei der Operation fand man in der zum Teil cystisch entarteten Niere drei Oxalatsteine, nach deren Entfernung die Niere mit Catgut vernäht und reponiert wurde. Einige Stunden später wurde wegen Blutung und Kollaps die Inzisionswunde wieder eröffnet und die Niere entfernt. Bei der weiteren Untersuchung derselben fanden sich noch vier etwa erbsengrofse Oxalatsteine in den Nierenkelchen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Eiterbildung in einem überzähligen Ureter, der in der Pars prostatica urethrae mündete,** von A. L. CHUTE. (*Boston med. and surg. Journ.* 19. Sept. 1907 und *Gaz. d. Hopit.* 1908. Nr. 111.) Ein 42jähriger Mann mit einer Vorgeschichte von alter Blennorrhoe und Epididymitis klagte über häufigen Urindrang und Schmerzen im Unterleibe. Später trat eine Steigerung der Beschwerden mit Fieber auf. Die daraufhin unternommene Operation ergab einen eitergefüllten überzähligen, mit dem normalen Ureter fest verwachsenen Harnleiter. Nach Resektion desselben und späterer Nephrektomie erfolgte Genesung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Eine Erleichterung bei der Urinuntersuchung,** von F. A. Hoffmann-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 25.) Um mit möglichster Sicherheit und Raschheit festzustellen, ob ein Harn Formelemente enthält, läſst H. den Urin direkt auf eine runde Glasplatte sedimentieren, die dann als Objektträger unter das Mikroskop kommt. Er bedient sich dazu eines eigenen Röhrchens, das sich nach unten zu einer offenen kapillaren Kehle verengt und in einem glatten, plattenförmigen Fuſse endigt; der Fuſs wird durch eine Klemme mit der darunter befindlichen runden Glasplatte fest vereinigt. Beim Zentrifugieren sammeln sich die Formelemente in der Kehle des Röhrchens und gelangen von hier direkt auf die als Objektträger dienende runde Glasplatte. Die Vorrichtung ist nur für Urin mit geringer Trübung berechnet, stärkere Sedimente geben auf der Objektplatte einen dicken undurchsichtigen Haufen. Um auch die minimalsten Mengen von Formelementen aus einem Urin zu gewinnen, hat H. ein zweites Röhrchen konstruiert, bestehend aus einem Sedimentierglas, an das vermittels einer Kehle eine kleine, unten mit einem Hahn abschlieſsbare Kugel angesetzt ist. Die Formelemente sammeln sich beim Zentrifugieren in dieser Kugel und gelangen, wenn man den Hahn vorsichtig öffnet, direkt auf den Objektträger. Dieses Röhrchen eignet sich nur für Urin, der so wenig Sediment enthält, daſs er völlig klar erscheint. — Die beiden Röhrchen werden von F. Hugershoff-Leipzig verfertigt.

*Götz-München.*

**Eine Methode zur Beobachtung und Bestimmung der per urethram ausflieſsenden Harnmenge mit zugehörigen karthographischen Aufzeichnungen,** von A. N. M. Gregon-Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* Juni 1908.) Unsere Kenntnisse über Form, Gröſse und Fassungsvermögen der Harnröhre sind durch viele Beobachtungsmethoden, groſsenteils physikalischer Art, gewonnen worden, aber keine gibt eine unmittelbare Antwort auf die Frage der Menge des in einer bestimmten Zeit ausflieſsenden Urins. Die Formel von Otis bedeutete zwar eine bedeutende Verbesserung der bisherigen Methoden, aber ging weit über das hinaus, was wir nun annehmen; Messungen mit dem Bougie à boule geben eher normale Anhaltspunkte, haben aber den Nachteil, daſs bei engem Meatus Inzisionen notwendig sind. Die angewandte Muskelkraft und die individuell so verschiedene willkürliche Anstrengung sind Faktoren, welche nicht geschätzt werden können, ebenso verhindern die Elastizität der Harnröhre, ihre wechselnde Richtung und die verschiedenartige Dichtigkeit der Gewebe im Verlaufe der Harnröhre eine genaue physikalische Schätzung. M. Gregon hält es dennoch in manchen Fällen, z. B. bei Strikturen, wo der Patient oft länger zum Urinieren braucht, wie früher, und zuweilen glaubt, eine viel geringere Menge Urins zu lassen, für wichtig, die Urinmenge für eine bestimmte Zeiteinheit zu messen, zumal um Anhaltspunkte für die Erfolge einer Behandlung zu haben. Vermittels eines intelligenten Patienten, der ein 150 ccm graduiertes Glasgefäſs zu diesem Behufe wählte, gelang es M. Gregon eine Anzahl Kurven zusammenzustellen. Die Menge des innerhalb fünf Sekunden gelassenen Urins wurde aufgezeichnet und es ergab sich, daſs diese Menge eine beinahe konstante war (etwa 120—150 ccm in normalen Fällen). In Fällen von Strikturen betrug diese Zahl nur 18—30 g und die vorgenommenen Dilatationen zeigten durch allmähliche Zunahme dieser Zahlen den Erfolg der Behandlung. Die näheren Einzelheiten dieser jedenfalls ganz brauchbaren Methode der Harnmessung sind nur mittels der beigegebenen Kurventafeln verständlich. *Stern-München.*

**Über paroxysmale Hämoglobinurie,** von Edgar G. Ballenger-Atlanta. (*New York. med. Journ.* 11. Juli 1908.) Diese Affektion wurde zuerst im Jahre 1794 von Charles Stuart beschrieben und seitdem wurden etwa 80 Fälle dieser Art veröffentlicht. B. hält es daher für angezeigt, einen von ihm beobachteten typischen Fall zu beschreiben und daran allgemeine Betrachtungen anzuschlieſsen. Bei dem-



selben handelte es sich um einen 39jährigen Mann, der keine Syphilis, vor einem Jahre Blennorrhoe mit baldiger Heilung durchgemacht hatte, sonst immer gesund war und nur zuweilen beim Urinieren im ersten Teil des Urins Blut bemerkte (seit einigen Wochen). Im Urin erscheint das Hämoglobin als ein braunrotes Sediment, welches unter dem Mikroskop als amorphe oder granulierte Substanz auftritt, der Urin enthält etwas Eiweiſs. Der Anfall von Hämoglobinurie endigt mit mehr oder weniger starkem Schweiſsausbruch und es bleibt nur ein Gefühl von Ermüdung zurück. B. glaubt, daſs die Färbesubstanz bei Hämoglobinurie meist Methämoglobin (nicht Hämatin und nicht immer Hämoglobin) ist. Die Behandlung besteht hauptsächlich darin, Erkältung zu vermeiden und durch geeignete Maſsnahmen Abhärtung zu erzielen; während des Anfalls Bettruhe, leichte Diät (warme Milch). Wo Syphilis zu vermuten ist, können Quecksilber und Jod befriedigende Resultate geben. *Stern-München.*

**Über Harnretention ohne Lokalhindernis.** Mit besonderer Berücksichtigung der Retention auf der Basis von Nervenkrankheiten, von L. v. Frankl-Hochwart-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 40.) Die nervöse Harnretention beim Kranken hat trotz ihrer ausgeprägten Form spinalen Ursprungs kaum etwas Eigenartiges. Die der Retention zugrunde liegende Dysurie kann durch krampfartige Kontraktionen der Muskeln an der Blasenmündung und der Harnröhre oder durch Blasenlähmung bedingt sein. Die Blasenlähmung tritt bei benommenen Individuen und bei freiem Sensorium auf.

Oft ist die Retention mit Inkontinenz kombiniert, welche bei tonischer, atonischer und hypertonischer Blase angetroffen wird.

Die meisten Miktionsanomalien gehen von den spinalen Erkrankungen Tabes und Taboparalyse aus; in einzelnen Fällen kommt es vor, daſs die Blasenanomalie das einzige subjektiv-objektive Symptom dieser Krankheiten darstellt.

Bei der multiplen Sklerose ist das Erscheinen der Retention oft ein Frühsymptom; auch bei der Syringomyelie werden Blasenstörungen nicht selten beobachtet.

Von Gehirnteilen, deren Zerstörungen Miktionsanomalien hervorrufen, kommen der Cortex und der Streifenhügel in Betracht; unsicher ist noch die Rolle des Sehhügels und des Kleinhirns.

Bei Neurasthenie ist echte Retention sehr selten; häufiger findet sich leicht retardierter Harnstrahl und Nachträufeln. Dagegen konnte der Verfasser mit Zuckerkandl bei Hysterie neben Miktionsanomalien totale Retention beobachten.

Bei der Enuresis nocturna et diurna infantum kann in vereinzelten Fällen das Primäre in der Retention liegen. Der Verfasser fand in einem solchen Falle eine Sakralpoliomyelitis vor. *Schourp-Danzig.*

**Neue Methode zur quantitativen Eiweiſsbestimmung im Harn,** von Edward H. Goodman und Suzanne Stern-Philadelphia. (*Journ americ. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 1.) 5 ccm Lösung aus

| | |
|---|---|
| *Phosphorsäure* | 1,5 |
| *konz. Salzsäure* | 5,0 |
| *95 %igem Alkohol* ad | 100,0 |

geben mit 0,1 mg Albumen einen Niederschlag. Wenn nun 5 ccm dieser Lösung in ein Reagenzglas gefüllt werden und dann mit einer 2 ccm-Pipette je $^1/_{10}$ g Urin zugefüllt und umgeschüttelt wird. bis ein Niederschlag erscheint, so enthält die gesamte zugesetzte Harnmenge 0,1 mg Albumen. Die Verfasser rühmen die Sicherheit und Schnelligkeit ihrer Methode. *Schourp-Danzig.*

**Über orthotische Albuminurie,** von W. Weintraud-Wiesbaden. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1908. Nr. 13.) An der Hand einer Krankengeschichte eines Patienten, der an orthotischer Albuminurie leidet, bespricht Verfasser die Bedingungen,

die bei Orthostatikern zur Eiweifsausscheidung führen, die Theorie dieser funktionellen Störung und deren Therapie. Gleichzeitig mit der Albuminurie wird die Harnmenge vermindert, die Chlorausscheidung kleiner und die saure Harnreaktion stärker. Daraus ergeben sich Gesichtspunkte für die Erklärung der Pathogenese der orthotischen Albuminurie. Wenn man die ganze Reihe der besonderen Bedingungen überblickt, unter welchen beim Orthostatiker Albuminurie eintritt, oder durch die ihr Eintreten verhindert wird, so kann man kaum an einen grobmechanischen Einflufs auf die Nierenarterie denken. Vielmehr wird man sich vorstellen müssen, dafs auf diejenigen Teile des Zentralnervensystems, welche der vasomotorischen Innervation der Nerven vorstehen, durch bestimmte Einflüsse, wie Anspannung einzelner Muskelgruppen beim Stehen, ein Reiz ausgeübt wird, der zu einer Kontraktion der Gefäfse führt. Danach würde es sich bei dem Symptomenkomplex der orthotischen Oligurie um einen reflektorisch ausgelösten Gefäfskrampf handeln, der, sei es infolge individueller Schwäche der Nierenendothelien, sei es infolge der stärkeren Intensität, sekundär zur Albuminurie führt.

Die Erfahrungen zuverlässiger Autoren beweisen, dafs die Albuminurie bei Orthotikern jahrzehntelang ohne Schaden für die Gesundheit bestehen kann. Eine kräftige Ernährung und systematische Muskelaktion könnten der Albuminurie entgegenwirken. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über Alkaptonurie,** von Konrad Fromherz. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1908.) In einer Familie sind unter zwölf Kindern, von denen zehn noch leben, zwei lebende männliche Alkaptonuriker, ein als Kind gestorbener Knabe zeigte nach der Anamnese dieselbe Störung. Die übrigen neun Kinder sind frei. Die beiden Alkaptonuriker sind gesund, aber in der Entwicklung zurückgeblieben und in schlechtem Ernährungszustand. Bei beiden wurde der Alkaptongehalt des Urins innerhalb 1½ Jahren nie vermifst. Bei beiden ist die Hauptmenge der ausgeschiedenen Alkaptonsäuren Homogentisinsäure. Der Harn des jüngeren der beiden Patienten zersetzt sich rasch unter Verfärbung, gibt mit ammoniakalischer Silberlösung momentan einen schwarzen Niederschlag und läfst auf der Wäsche dunkle, kaum abwaschbare Flecken zurück. Die Alkaptonurie läfst sich deshalb bis ins früheste Säuglingsalter verfolgen. Der Harn des anderen Falles verfärbt sich viel langsamer, gibt nur langsam einen Niederschlag mit ammoniakalischer Silberlösung und läfst keine Flecken auf der Wäsche zurück. Der Patient und seine Mutter wufsten deshalb von seiner Anomalie bis zur Untersuchung nichts. Das Verhalten dieser Urine zeigt, dafs aus dem Fehlen von Verfärbungen keine Schlüsse auf das Fehlen von Alkaptonurie gezogen werden dürfen. Die Mutter der beschriebenen Alkaptonurikerfamilie zeigt anscheinend intermittierend die Erscheinungen der Alkaptonurie. Bestätigt sich dieser Befund, dann ist diese Familie die zweite, bei der die Alkaptonurie in zwei verschiedenen Generationen beobachtet worden ist. *Fritz Loeb-München.*

**Über die Chylurie,** von Hermann Lüdke-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 26.) Ausführliche Mitteilungen über einen Fall von Chylurie, der sich im Anschlufs an eine Colicystitis entwickelte und von den meisten bisher beschriebenen Fällen in einigen Punkten verschieden war; einmal war aller Harn stark fetthaltig, dann enthielt der Urin fast immer Zucker; die tägliche Harnmenge schwankte zwischen 900 und 1300 ccm. Wahrscheinlich handelte es sich um echte Chylurie, d. h. um direkte Zumischung von Chylus zum Urin. Wiederholt wurde in dem chylösen Harn Bacterium coli fast in Reinkultur gefunden, während die cystoskopische Untersuchung eine Rötung der Blasenschleimhaut erkennen liefs; es erscheint möglich, dafs zwischen Cystitis und Chylurie ein ursächlicher Zusammenhang bestand, dafs die Blasenentzündung zu Lymphorrhagien geführt hat. — Anschliefsend an die Beschreibung des Falles

bespricht L. verschiedene Mitteilungen anderer Autoren über Chylurie und deren Pathogenese. *Götz-München.*

**Über europäische Chylurie,** von A. Magnus-Levy-Berlin. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 66, Heft 5 u. 6.) Während die Ursache der anatomischen Veränderungen im Lymphapparat bei der Chylurie in tropischen Fällen immer oder doch sehr häufig eine Infektion mit Filaria ist, weiß man über die Veranlassung der auch hier wahrscheinlich entzündlichen Veränderungen bei der europäischen Chylurie nichts. Die Filaria ist hier nie gefunden worden. Nach Carters Lehre kommt die Chylurie durch Zufluß von Chylus aus dem Lymphapparat in die Harnwege vermittels abnormer Kommunikationen zustande. Im Gegensatz hierzu nehmen Reyer, Prout u. a. an, daß eine abnorme chylöse Blutbeschaffenheit den Durchtritt von Eiweiß und Fett durch die gesunde Niere herbeiführe, ohne daß irgendwie Näheres über die Natur dieser chylösen Blutbeschaffenheit nachgewiesen wäre. A. Magnus-Levy steht auf dem Standpunkte Cartres und tritt daher den Einwänden der anderen Autoren entgegen; zugleich veröffentlicht er die eigene Beobachtung eines Falles von europäischer Chylurie bei einem 51jährigen Patienten, welcher gleichzeitig an Diabetes litt. Die Beschwerde des Mannes war im wesentlichen abhängig von Gerinnungserscheinungen in dem eiweißhaltigen Harn, in Erschwerung und zeitweiliger Unmöglichkeit der Harnentleerung, wenn sich kompakte Gerinnsel in der Blase bildeten. Dann traten zuweilen kolikartige Schmerzen in der Blase und in der rechten Nierengegend auf. Im entleerten Urin bildet sich oft eine gleichmäßige, gallertartige Masse. Im Sediment waren Lymphkörperchen vorhanden. Die cystoskopische Untersuchung ergab eine gesunde Blasenschleimhaut; aus dem linken Ureter kam klarer Harn, aus dem rechten chylushaltiger in starkem Strahle heraus. Während dreiviertel Stunden wurden 40 ccm Chylus als Beimischung zu 20 ccm Harn rechts gefunden, während links 20 ccm reiner Harn abgesondert wurden.

Für das nicht zu seltene Zusammentreffen von Chylurie und Diabetes findet der Verfasser eine Erklärung damit, daß er in der Gegend des Pankreas eine besonders starke Erweiterung der Lymphgefäße annimmt. Die Rückstauung in das Pankreas und eine Fortpflanzung von entzündlichen Veränderungen auf dieses Organ könnte dann eine Ursache für Diabetes abgeben. *Schourp-Danzig.*

**Ein Fall von europäischer Chylurie,** von Ernst Frank. (Berl. med. Gesellsch. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 28.) Bei dem 40jährigen Manne sah der Urin seit sechs Jahren milchig aus. Es bestanden gleichzeitig Beschwerden: Schwierigkeiten bei der Harnentleerung und schmerzhaftes Druckgefühl in der Nierengegend, schließlich Urinretention. Patient entleert den chylösen Urin aus dem rechten Ureter. Derselbe ist alkalisch und enthält harnsaure Kristalle. Die Retention wird durch Fibringerinnsel verursacht und in solchen Fällen muß der Patient katheterisiert werden. „Bei der Separation des Urins konnte ich immer wieder beobachten, daß aus der den chylösen Urin produzierenden rechten Seite etwa viermal so viel in der Zeiteinheit herausfloß als aus der linken. Diese Tatsache im Verein mit der Einseitigkeit dürfte dafür beweisend sein, daß die Beimengung des Chylus zum Urin erst im Nierenbecken vor sich geht und daß das Nierenparenchym bei der Chylurie keine Rolle spielt."
*Arthur Schucht-Danzig.*

**Über Colìurie und Colitoxamie,** von Ferd. Kornfeld-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 22—26.) Die gemeine, reine Blasenbakteriurie ist dadurch gekennzeichnet, daß zunächst ein Harn entleert wird, welcher stets sauer reagiert, durch enorme Massen von Bact. coli dicht getrübt ist und in dessen Sedimente Formelemente, sowohl solche renalen Ursprungs absolut fehlen, als namentlich auch Leukocyten äußerst spärlich vorhanden sind, so daß geschlossen werden darf, daß

eine entzündliche Affektion der Harnwege derzeit fehlt. Die reine Blasenbakteriurie aszendiert nicht, sondern bleibt auf die Blase Jahre und Jahrzehnte beschränkt, ohne das Nierenbecken oder die Niere zu schädigen.

Die Tierversuche ergeben, dafs den aus dem Harn gezüchteten Colistämmen keine hohe Virulenz zukommt.

Die Coliurie ist je nach ihrem Entstehungsorte, dem Krankheitsverlaufe und dem Ergebnis der Organuntersuchung in verschiedene Gruppen zu teilen: Es gibt Coliurien rein transitorischen Charakters, und Übergänge von diesen zu subacuten und zu schweren, chronisch verlaufenden Fällen. Bei Affektionen der Niere und des Nierenbeckens, ferner bei Cystitis kann die Coliansiedelung sekundär hinzutreten. Es kommen Cystitisfälle vor, bei welchen das Bacterium coli der Erreger des Entzündungsprozesses ist, und wo dasselbe gegen Nierenbecken und Nieren aszendieren kann.

Gesondert davon steht die grofse Gruppe der auf hämatogenem Wege entstandenen Coliurien, bei denen der Ort der Invasion sehr oft Niere, Nierenbecken oder Blas sein dürfte. Die meisten Blasenbakteriurien entstehen durch direkte Überwanderung der Keime vom Darm aus durch die zwischenliegenden Gewebsschichten oder Lymphbahnen. Bei vesikaler Coliurie erhält man durch Auspressen der Prostata eine stärkere Colitrübung im Harn. Bei den männlichen Kranken handelte es sich stets um solche, welche Blennorrhoe mit Komplikationen hatten, doch setzt die Coliurie erst 10—15 Jahre später ein. Beim Einsetzen oder im Verlauf der Coliurie können Störungen des Allgemeinbefindens interkurrieren; die dabei vorkommenden Fieberattaken haben meist nur eine Dauer von 12—20 Stunden.

Von 14 derartigen beobachteten Fällen wird einer ausführlich beschrieben. Hervorgehoben wird, dafs die febrilen Reaktionen nichts mit Gonokokkenpyämie oder Resorptionsfieber, herrührend von den zumeist bestehenden Eiterungsprozessen in der Prostata, zu tun haben, sondern Autor glaubt das febrile Krankheitsbild „Colitoxämie“ als eine Säureintoxikation deuten zu können. Die Versuche, welche den Beweis hierfür erbringen sollen, sind nicht abgeschlossen. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über das hämaturische, ikterische Fieber bei Malaria, eine Chinin-intoxikation vortäuschend,** von Bonfiglio. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1908. Nr. 15.) Es werden vier derartige Fälle beschrieben, bei denen der Einflufs des Chinins an den Störungen aus folgenden Gründen ausgeschlossen werden konnte: Der Patient hatte früher das Chinin vorzüglich vertragen und gehört nicht zu einer Familie, wo Chininidiosynkrasie konstatiert wurde. Das Fortbestehen der schweren Erscheinungen mit Temperaturerhöhung nach 24 Stunden nach Beginn des Fiebers, mit zunehmender Verschlimmerung des Patienten; die Wiederholung der Anfälle trotz Unterbrechung der Chininmedikation. *C. Müller-Nyon.*

---

## Blennorrhoe und Komplikationen.

**Gutartige blennorrhoische Pyarthrosen,** von Noel Fiessinger. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 40.) Beschreibung zweier Fälle von eitriger blennorrhoischer Entzündung des linken Schultergelenkes. In beiden Fällen war die Gelenkgegend stark geschwollen, aber die Haut nicht gerötet, die Umgebung nicht ödematös, der Verlauf des lokalen Prozesses nicht wie sonst bei blennorrhoischen Gelenkeiterungen, sehr stürmisch, sondern mehr subakut, die Eiterung latent, und nur durch das Ergebnis der Probepunktion wurde der eitrige Charakter der Entzündung erwiesen; der Gelenkeiter enthielt beide Male Gonokokken; in einem Falle, der ein 18jähriges Mädchen betraf, wurden auch aus dem Blute Gonokokken gezüchtet, dabei war und blieb das Herz der Patientin intakt. Bei beiden Kranken wiesen die Genitalien klinisch keinerlei krankhafte Erscheinungen auf, und nur mit Mühe konnten in den aus den Genitalien

gewonnenen, spärlichen Sekreten vereinzelte Gonokokken nachgewiesen werden. Bei dem Mädchen wurde der Eiter durch zweimalige Punktion des Gelenkes entfernt und jeden zweiten Tag 5 g Elektrargol in die Gesäſsmuskeln injiziert, während in dem anderen Falle nur einmal punktiert und dann das Gelenk für drei Wochen immobilisiert wurde. In beiden Fällen kam es unter dieser einfachen Behandlung zur Ausheilung des Gelenkes mit Ankylosierung, die bei dem Mädchen fast völlig wieder beseitigt werden konnte, in dem anderen Falle von vornherein nur leichter Natur war.

Die Fälle beweisen, daſs es auch gutartige blennorrhoische Pyarthrosen gibt, und daſs der Nachweis von Eiter bei blennorrhoischer Arthritis noch keine Indikation zur Eröffnung des Gelenkes bildet; auch durch einfache Punktion kann der Eiter entfernt und Ausheilung erzielt werden, die Ankylose, die bei diesem Verfahren zustande kommt, ist keine definitive wie nach chirurgischer Behandlung, das Gelenk kann wieder mobilisiert werden. *Götz-München.*

**Über Hyperämiebehandlung nach Bier bei Epididymitis und Arthritis blennorrhoica,** von Max Löwenberg. (Inaug.-Dissert. München 1907.) Die Biersche Hyperämie ist bei der Behandlung der Epididymitis und Arthritis blennorrhoica ein vorzügliches Hilfsmittel; sie beseitigt schneller als alle anderen seither angewandten Mittel Schmerz und Druckempfindlichkeit; sie bewirkt in vorzüglicher Weise eine schnelle Erweichung der harten Infiltrate und in fast allen Fällen bei genügend langer Anwendung eine vollständige Resorption derselben. Versteifte Gelenke werden durch sie in verhältnismäſsig kurzer Zeit fast vollständig, in vielen Fällen vollständig, beweglich. Zur Beseitigung von Schmerz und Druckempfindlichkeit ist bei Epididymitis blennorrhoica die passive Hyperämie in Form der gelinden Dauerstauung oder des Saugglases anzuwenden; zur Resorption des Infiltrates ist die aktive Hyperämie in Form heiſser Umschläge oder in Form der Heiſsluftdouche vorzuziehen. Bei Arthritis blennorrhoica werden die Schmerzen am besten durch passive Hyperämie (gelinde Dauerstauung) beseitigt. Nachher ist eine kombinierte Behandlung (Stauung, Heiſsluft, Massage) am Platze. Das Verfahren ist hinsichtlich seiner Technik einfach und ohne groſse Schwierigkeiten auszuführen; die Kranken können bei geeigneten Fällen, falls genügend Gelegenheit zur Kontrolle besteht, auch ambulant behandelt werden. Hervorzuheben ist, daſs diese Behandlungsweise nur geringe Unkosten macht. *Fritz Loeb-München.*

**Arthritis blennorrhoica, behandelt mit Antigonokokkenserum,** von W. C. Gayler-St. Louis. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 8.) Bei einer 19jährigen Patientin mit Blennorrhoe bestand eine Gelenkentzündung am linken Zeigefinger, welche nach drei Injektionen mit Antigonokokkenserum völlig gehoben war, während der Gonokokkenbefund im Cervikalsekret unbeeinfluſst blieb. *Schourp-Danzig.*

**Zur Behandlung der Arthritis blennorrhoica,** von Paul Bendig. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 34.) Verfasser behandelte sieben Fälle von blennorrhoischer Gelenkentzündung mit Kollargol (Klysmata in Lösung 2,0 : 50,0, zunächst einmal, später zweimal am Tage, oder Einreibungen) und gleichzeitiger Anwendung der Bierschen Stauung, eventuell der Heiſsluftbäder. Die Erfolge waren sehr günstig. Die Wirkung dieser kombinierten Methode erklärt Verfasser damit, daſs zunächst durch das Kollargol eine Leukocytenvermehrung in der Gelenkflüssigkeit hervorgerufen wird, die ebenso wie die durch Stauung verursachte Hyperämie die Entzündung günstig beeinflussen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Fangobehandlung bei blennorrhoischen Arthritiden,** von Emil Binder. (*Der Militärarzt.* 1908. Nr. 20.) Zur Beschleunigung der Resorption des entzündlichen Exsudates in den Gelenken wurde Fango angewandt (Temperatur 40°). Der Erfolg war in drei Fällen ein guter. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Blennorrhoischer Rheumatismus, geheilt durch Einschnitte in die Vesiculae seminales,** von Eugene Fuller - New York. (*New York med. Journ.* 30. Mai 1908.) F. hat die Operation des Samenbläschenschnittes 101 mal ohne Todesfall ausgeführt und davon 23 mal als Mittel gegen den blennorrhoischen Rheumatismus. Von diesen 23 Patienten wurden 17 völlig geheilt, die übrigen 6 hatten Rezidive infolge frisch akquirierter Blennorrhoea u. a. m. In den akuten Fällen ist der Effekt der Operation am ausgesprochensten, der Schmerz in den Gelenken verschwindet nach 24—36 Stunden und die Schwellung nach 4 Tagen; geringe Steifheit und Muskel atrophie sind dann noch vorhanden und erfordern Massage und passive Bewegung. In den chronischen Fällen verschwindet der Schmerz in 8—10 Tagen und nach 14 Tagen kann dann Massage verordnet werden, welche in ganz hartnäckigen Fällen zuweilen zwei bis drei Monate lang in Anwendung kommen mufs. Auf einen Punkt macht F. aufmerksam, dafs nämlich in einer Anzahl der Fälle in der dritten Woche nach der Operation ein leichter Rückfall eintritt, während in den ersten zwei Wochen unmittelbar nach der Operation alle Symptome völlig verschwunden sind. Solche Rückfälle führt er darauf zurück, dafs die Inzisionsstelle zu früh sich schlofs, ehe durch Drainage alle Toxine völlig ausgeschieden sind; in all diesen Fällen konnte F. durch rektale Untersuchung eine beträchtliche restierende Empfindlichkeit und Schwellung in der Gegend des einen oder beider Samenbläschen zeigen. Durch weitere Ruhe, verbunden mit tonischen Mitteln und entsprechender Ernährung kommt dieser Rückstand in den meisten Fällen zur Beseitigung, vorausgesetzt, dafs die Operation richtig ausgeführt worden ist. Vor Ausführung ist wichtig, durch Tuberkulinprobe (auch nach Calmette) festzustellen, ob Tuberkulose vorhanden ist, was Ausschlufs der Operation bedeutet. Anführung von acht operierten Fällen. *Stern-München.*

**Über Rheumatismus blennorrhoicus bei der graviden Frau,** von Delman und Roger-Montpellier. (*Gaz. des hôpit.* 11. August 1908.) Bericht über einen Fall mit Lokalisation der Gelenkentzündung in beiden Knien und Handgelenken bei positivem Gonokokkenbefund im Vaginalsekret; mäfsiges Fieber, Abort am neunten Krankheitstage ca. im achten Schwangerschaftsmonat, langwieriger, durch Salicyl-Antipyrin nicht zu beeinflussender Verlauf. Biersche Stauung scheint nützlich gewesen zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Zur Therapie der Urethritis externa bei Männern,** von A. Katzenstein. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 39.) Verfasser empfiehlt bei blennorrhoischer Infektion der paraurethralen Gänge die galvanokaustische Zerstörung derselben im Endoskope, unter Zuhilfenahme eines von ihm zu diesem Zwecke konstruierten Instrumentes. Dasselbe besteht aus einem Valentineschem Urethroskop, dessen am visceralen Ende schräg abgeschnittener Tubus nur eine Länge von 4 cm besitzt. Die obere halbe Wandung der urethroskopischen Tube sowie die obere Hälfte der an dem okularen Ende angebrachten Platte fehlen vollständig. Die untere Hälfte dieses Pavillons ist mit einem Dorn zur Fixierung des Lichtträgers versehen. Die hierdurch entstehende Halbrinne greift mit ihren beiden Längskanten in zwei entsprechend schmale Längsfurchen eines cylindrischen, vollständig soliden Konduktors mit konischem Ende, so dafs mit diesem Obturator wieder der Tubus ringsherum vollständig geschlossen werden kann. — Das Instrument wird so in die Harnröhre eingeführt, dafs nach Entfernung des Konduktors diejenige Partie der Harnröhrenschleimhaut in den Tubenausschnitt fällt, hinter welcher der Gang verläuft. Dessen äufsere Mündung bleibt, da die Pavillonhälfte am Okularende fehlt, dem Auge sichtbar. Hierauf geht man, nach vorheriger Sondierung des Ganges und Einführung der Lichtquelle, deren Leitungsrohr gleich der Tubenlänge ist, mit einem der Länge des Ganges entsprechenden, im Schechschen Griff sitzenden, feinen vorn etwas abgestumpften intraurethralen kaustischen Brenner bis in das Ende

des Ganges, verschorft, nachdem nunmehr der Strom geschlossen, die Auskleidung desselben und durchtrennt schliefslich, den Galvanokauter, dessen glühende Spitze im Endoskop sichtbar ist, langsam nach aufsen ziehend, die ihn von der Harnröhre trennende Schleimhautwandung. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Behandlung der Blennorrhoe durch Saugung und Spülung,** von J. B. McNerthucy-Tacoma. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 14.) Angabe eines doppelläufigen Katheters, durch den einerseits Spülungen der Harnröhre ausgeführt werden, andererseits eine Saugung nach Bier mittels Ballon möglich ist.

*Schourp-Danzig.*

**Über die Behandlung der Blennorrhoea neonatorum mit Rinderserum,** von W. Gilbert-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 30.) Die günstigen Erfolge, die Moro und Mandelbaum bei eitrigen Colicystitiden durch Injektion frischen Rinderserums in die Blase erzielt haben, veranlafsten G., acht Fälle von Blennorrhoea neonatorum teils klinisch, teils ambulant mit Rinderserum zu behandeln. Der Bindehautsack wurde Tag und Nacht alle zwei Stunden mit dem Serum ausgespült, und es gelang dadurch in den klinisch behandelten Fällen, den Prozefs nach einer anfänglichen, rasch vorübergehenden Exacerbation der Eiterung zumeist ohne Anwendung von Silberpräparaten in zwei bis drei Wochen zur Ausheilung zu bringen; nur zuweilen wurde, wenn ein Stillstand in der Besserung eintrat, unter Fortsetzung der Spülungen ein- bis zweimal 1%ige Höllensteinlösung appliziert und dadurch der Eintritt der Heilung beschleunigt. Bei den ambulant behandelten Kindern liefs die Eiterung im Verlaufe von acht Tagen stets erheblich nach, hörte aber nicht ganz auf, und erst nach mehrmaliger Anwendung von Höllenstein erfolgte bei diesen Patienten allerdings in sehr kurzer Zeit Heilung.

Durch mikroskopische Untersuchung stellte G. fest, dafs alsbald nach der Spülung eine erhöhte phagocytäre Tätigkeit der Leukocyten beginnt, die nach einer Stunde ihren Höhepunkt erreicht. Das Rinderblut besitzt demnach reichlich Opsonine gegen Gonokokken.

Trotz der erzielten Erfolge hält G. es noch nicht für geraten, bei Blennorrhoea neonatorum von der bewährten Behandlung mit Silberpräparaten und eventuell mit Blenolenizetsalbe abzugehen; er empfiehlt nur, zu den üblichen Spülungen an Stelle der gebräuchlichen antiseptischen Lösungen frisches Rinderserum zu verwenden, das auf Eis gehalten 24 Stunden wirksam bleibt. Dadurch werden die Keime aus dem parasitären in einen saprophytischen Zustand übergeführt, und die Silbertherapie — Applikation einer 1%igen Höllensteinlösung — bringt rascher und sicherer Heilung.

*Götz-München.*

**Impf- und Serumbehandlung bei Blennorrhoe kleiner Mädchen,** von William J. Butler-Chicago und J. P. Long-Birmingham. (*Journ. amer. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 16.) Die Verfasser empfehlen die Gonokokkenimpfung als wirksamer denn irgendeine lokale Behandlung. Die Dosierung der Impfungen wird am besten nach dem opsonischen Index vorgenommen.

Bezüglich der Serumbehandlung glauben die Verfasser nach ihrer eigenen Erfahrung eine Empfehlung ablehnen zu müssen. *Schourp-Danzig.*

**Gonokokkenimpfung zur Behandlung der blennorrhoischen Vulvovaginitis bei Kindern,** von Frank Spooner Curchill und Alex. C. Soper-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 16.) Die Impfungen wurden nach Wrightscher Methode ausgeführt. Die Verfasser gewannen den Eindruck, dafs durch sie die Dauer der Krankheit abgekürzt wurde. Auf die lokale Behandlung mit Spülungen usw. wurde während der Impfbehandlung verzichtet. *Schourp-Danzig.*

**Gonokokkenimpfung bei blennorrhoischen Affektionen der Geschlechts- und Harnorgane**, von NOAH E. ARONSTAM-Detroit. (*Journ. amer. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 17.) Der Verfasser tritt für den diagnostischen und therapeutischen Wert der Gonokokkenimpfung ein und hebt besonders die exacerbierende Wirksamkeit dieser bei einer latenten Blennorrhoe hervor. Außer leichter Temperatursteigerung von $1/2$—$1^1/2$ Grad Fahrenheit, Kopfschmerz und Muskelziehen, treten keinerlei Beschwerden nach den Impfungen ein. Besonders angenehm ist es für den Patienten, daß jede lokale Behandlung fortfällt. *Schourp-Danzig.*

**Über Abortivbehandlung der Blennorrhoe**, von W. STOCKMANN. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar.* Bd. I, Nr. 2. Helsingfors 1908.) Der Verfasser hat seine Behandlungsmethode in den Fällen angewendet, wo die Sekretion erst höchstens sieben Tage gedauert, spärlich und noch nicht allzu purulent geworden und noch keine Erscheinungen von Urethritis posterior bestanden. Die Lösung besteht aus 4% (manchmal 5—6%) Protargol, Glycerin 4% und Antipyrin 3%. Damit wird eine 12 ccm fassende Spritze mit GUYON-Katheter gefüllt, die Flüssigkeit langsam unter allmählichem Herausziehen der Katheters injiziert und durch Zusammendrücken des Meatus während einer viertel Stunde in der Urethra zurückbehalten. Während der Arzt diese Prozedur die ersten drei Tage einmal täglich vornimmt, macht der Patient zu Hause selbst Injektionen mit einer $1/8$—$1/2$%igen Protargollösung dreimal täglich und nimmt innerlich Gonosan oder Santyl. Aus den beigegebenen Tabellen geht hervor, daß bei 38 Patienten nach der ersten Injektion keine Gonokokken mehr im Eiter nachzuweisen waren, bei 9 verschwanden sie innerhalb einer Woche, bei 14 nach drei Wochen usw. Schwere Komplikationen wurden in keinem Falle beobachtet. *C. Müller-Nyon.*

**Über Erfahrungen mit Gonosan bei der Behandlung der Blennorrhoe**, von H. DE MERIC-London. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1908. Nr. 33.) Neben der antiblennorrhoischen Wirkung des Mittels betont der Verfasser besonders die schmerzstillende und anaphrodisiatische Wirkung. *Schourp-Danzig.*

---

## Anatomie und Physiologie der Haut.

**Über die Zusammensetzung und die Bedeutung der Hornsubstanzen**, von P. G. UNNA. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 33.) Durch mikrochemische Untersuchungen, welche Verfasser mit GOLODETZ seit zwei Jahren durchgeführt hat, ergab sich, daß es durch Anwendung sehr starker Säuren gelingt, in den menschlichen Hornsubstanzen drei verschiedene Keratine zu erkennen. Diese Säuren sind: die Chromsäure, die rauchende Salpetersäure und ein Gemisch von konzentrierter Schwefelsäure und Wasserstoffsuperoxyd. Die erste Trennung dieser verschiedener Keratine (A, B, C) gelang mittels der Chromsäure, aber sie hat den Nachteil, daß die Chromsäure sich mit den Eiweißkörpern fest verbindet. Einen großen Schritt weiter gelangten Verfasser sodann mit der rauchenden Salpetersäure. Dieselbe hat die wichtige Eigenschaft, Keratin B aufzulösen, während die Keratine A und C intakt läßt, und gibt nur mit zweien dieser Keratine (B und C) die Xanthoproteinreaktion. Durch diese doppelte Eigenschaft ist man imstande, allein durch die rauchende Salpetersäure Keratin A, B und C zu unterscheiden. Keratin A wird von der rauchenden Salpetersäure nicht aufgelöst und färbt sich nicht gelb. Keratin B wird aufgelöst, nachdem es vorher gelb gefärbt wurde. Keratin C wird gelb gefärbt, aber nicht aufgelöst. Nach Anwendung dieser mikrochemischen Analyse auf die tierischen Hornsubstanzen und nach Erörterung der Eigenschaften einzelner Keratinarten, kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: In der Verwendung der Horndecke zum Schutze des tierischen Körpers

können wir drei Entwicklungsperioden unterscheiden: die des vorwaltenden mechanischen Schutzes, Wärmeschutzes und Wasserschutzes.

Die erste grofsartige Ausbildung der Horndecke bei den vorweltlichen Reptilien haben wir aufzufassen, als eine besondere Anpassung derselben an die Zwecke des mechanischen Schutzes und Angriffs, wobei auf Kosten des Zelleiweifses hauptsächlich Keratin B gebildet wurde. Dieser Periode folgte beim Auftreten der Säugetiere eine zweite, welche durch Ausbildung des Keratins C in Haaren und Federn den Wärmeschutz zur höchsten Entfaltung brachte. Mit der Entwicklung zum Menschen und dem Verlust des Haarkleides hat eine dritte Periode begonnen, in welcher mit dem Zurücktreten von Keratin B und C die Horndecke blofs auf ihre Funktion des Wasserschutzes reduziert wurde, dem sie allein durch die Erhaltung von Keratin A vollständig genügen kann. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Beitrag zur Kenntnis der Russellschen Körperchen,** von Johannes Fick-Wien. (*Virchows Arch. f. path. Anat. usw.* 1908. 193. Band.) Aus seinen Untersuchungen folgert F., dafs die Russellschen Körperchen in den Plasmazellen entstehen. Denn sie werden ausschliefslich bei solchen pathologischen Prozessen gefunden, bei denen Plasmazellen vorkommen, und immer in den Partien des erkrankten Gewebes, wo sich auch die Plasmazellen finden. Im Gegensatze zu Lubarsch u. a. betont F., dafs in Mastzellen, Leukocyten, Endothelien, Fibroblasten keine Russellschen Körperchen entstehen. Denn man findet die Russellschen Körperchen, wenn man Gelegenheit hat, allerkleinste Kügelchen zu beobachten, immer nur entweder in typischen Plasmazellen oder in solchen Zellen, die zwar nicht auf den ersten Blick als Plasmazellen definiert werden können, aber als durch das Vorhandensein der Russellschen Körperchen im Protoplasma defigurierte Plasmazellen aufgefafst werden müssen. Die Russellschen Körperchen entstehen in den Plasmazellen aus deren Granulis unter Mitbeteiligung einer aus dem Blute stammenden Substanz. Für diese Annahme sind das Nebeneinandervorkommen von Russellschen Körperchen und Hämosiderin, sowie der von manchen Autoren in einzelnen Fällen nachgewiesene Eisengehalt der Russellschen Körperchen, sowie bedingungsweise auch das tinktorielle Verhalten der Russellschen Körperchen zu verwerten; letzteres insofern, als die auffallende Affinität der Russellschen Körperchen zur Pikrinsäure nur gewissen Blutgerinnseln in demselben Grade eigentümlich ist.

In den seltenen Fällen, wo Russellsche Körperchen sich auch in einem sonst normalen Gewebe finden, sind sie als Residuen eines abgelaufenen pathologischen Prozesses aufzufassen. Die Russellschen Körperchen sind von den Produkten der hyalinen Degeneration scharf zu trennen. *Schourp-Danzig.*

**Über ein neues Hautphänomen bei Säuglingen,** von Eugen Blattner-München. (*Wien. klin. Rundschau.* 1908. Nr. 37 und 38) Bei abgemagerten Kindern mit schlaffen Hautdecken konnte Blattner durch sanftes Streichen, Reiben oder Massieren des Abdomens kaum eine Sekunde nach der Reizapplikation feine Runzeln und Grübchen von unregelmäfsiger Form und Gröfse entstehen sehen. Zwischen diesen Runzeln und Grübchen treten hügelige oder leistenförmige Vorragungen ohne gesetzmäfsige Anordnung auf, die sich zuweilen durch eine etwas hellere Verfärbung von den umgebenden Hautpartien abheben, so dafs die Erscheinung an das Aussehen anämisierter Quaddeln der Urticaria erinnert. Bei gesunden Säuglingen konnte der Reflex niemals ausgelöst werden; ebenso liefs er sich nicht mehr nachweisen, wenn ein Kind auf eine bessere Ernährungsstufe gebracht war und der Turgor der Haut sich vermehrt hatte. Nach seinen Untersuchungen glaubt der Verfasser annehmen zu müssen, dafs es sich um Kontraktionen der glatten Muskelfasern in den oberen Hautschichten handelt. *Schourp-Danzig.*

**Physiologische Schwarzfärbung der Schleimhäute,** von SABARÉANU. (*Semaine méd.* 1908. Nr. 47, nach *Rev. de méd.* Aug. 1908.) In Rumänien ist es nach S. gar nicht ganz ungewöhnlich, namentlich bei brünetten Individuen, schwarze Pigmentansammlungen auf der Schleimhaut des Mundes in Gestalt von mehr oder minder grofsen Punkten anzutreffen, wofür zwölf Beobachtungen an ganz gesunden Personen als Belege angeführt werden. Gelegentlich sieht man diese Anomalien auch an der Conjunctiva und an der Eichel. Die gewöhnliche Lokalisation ist an der Innenfläche der Wangen; die Lippen sind selten, der Gaumen niemals affiziert.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Untersuchungen über die Hautsensibilität beim Menschen,** von CALLIGARIS. (Aus dem neuropathologischen Institute der Universität Rom; *Il Policlino.* 1908. Nr. 10 und 11.) Der Verfasser untersucht die Sensibilität der menschlichen Haut unter normalen Verhältnissen und bei gewissen nervösen Krankheiten. Er beschreibt seine Methoden und das Instrumentarium. Der Gegenstand hat aber mehr Interesse für Neurologen, denn für Dermatologen. *C. Müller-Nyon.*

---

## Mikroskopische Technik.

**Eine Methode zur Darstellung von Pigmenten und ihren farblosen Vorstufen mit besonderer Berücksichtigung des Augen- und Hautpigments,** von L. SCHREIBER und P. SCHNEIDER-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 37.) Gelegentlich experimenteller Studien über das Verhalten syphilitischen Gewebes in der vorderen Augenkammer des Kaninchens fanden die Verfasser, dafs die von LEVADITI und von BERTARELLI für die Spirochäten angegebenen Silberimprägnationsmethoden zur Darstellung des ausgereiften melanotischen Pigments, wie auch zur Sichtbarmachung seiner farblosen Vorstufen (in den Stromazellen der fötalen Iris) und möglicherweise seiner farblosen Abbauprodukte (in den Zellen des Stratum spinosum der Haut) vorzüglich geeignet sind. Die bisherigen Untersuchungen der Verfasser ergaben folgendes:

1. Die chromatophoren Stromazellen der Iris besitzen neben pigmenthaltigen Protoplasmafortsätzen noch andere farblose, deren Nachweis der üblichen Untersuchung entgeht.

2. Das Silberimprägnationsverfahren gestattet es, die Differenzierung der farblosen Jugendformen der chromatophoren Stromazellen von den Mesenchymzellen der Uvea entwicklungsgeschichtlich zu verfolgen.

3. Das albinotische Auge zeigt weder in den Stromazellen der Uvea noch in der sogenannten Pigmentepithelschicht der Retina eine Anlage zu Pigmentbildung.

4. Die RIBBERT-SCHIECKsche Auffassung der schwachpigmentierten Sarkome als Jugendformen der Melanosarkome fand durch die Silberimprägnation bisher keine hinreichend sichere Bestätigung.

5. Die LANGERHANSschen Zellen der Haut sind wahrscheinlich unpigmentierte Melanoblasten.

6. Die Zellen der Nävusnester zeigen keine Anlage zu Pigmentbildung.

Vorbedingung für die Gewinnung guter Präparate ist peinlichste Sauberkeit der Reagentien und sofortiges Wechseln derselben bei eintretender Trübung. Das Hauptgewicht wurde von den Verfassern auf die Dauer der Versilberung gelegt; diese betrug bei frischen Objekten sechs bis acht Tage, bei älteren sogar zehn bis zwölf Tage, während die Gewebsstücke in der Reduktionsflüssigkeit meist 48 Stunden, ab und zu noch länger verblieben. In einer zu kurzen Imprägnationszeit sehen die Verfasser den Grund dafür, dafs die Bedeutung der Methode für die Darstellung des Pigments bisher nicht erkannt worden ist. *Götz-München.*

**Eine Methode zur Darstellung von Pigmenten und ihren farblosen Vorstufen mit besonderer Berücksichtigung des Augen- und Hautpigments,** von E. Bizzozero-Bern. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 41.) Zu der Publikation von Schreiber und Schneider über dies Thema bemerkt B., dafs er bereits im Jahre 1906 über ähnliche Ergebnisse zwei Mitteilungen veröffentlicht hat. Er arbeitete teils mit der Bertarelli-Levaditischen Methode, teils indem er Schnitte der in Alkohol fixierten Stücke direkt unterm Mikroskop beobachtete, während er eine 2%ige Silberlösung vom Rande des Deckglases zufliefsen liefs. Er fand, dafs nicht nur die in den Chromatophoren und Epithelzellen befindlichen Pigmentkörnchen geschwärzt wurden, sondern auch analoge, aber nicht pigmentierte Zellen. Ferner legte er dar, dafs zu der Gruppe der Langerhansschen Zellen drei Arten von Zellen gehören: pigmentführende Chromatophoren, pigmentfreie Pigmentzellen (Merkel) und Zellen, deren Granula erst durch Einwirkung von Silbernitrat sichtbar gemacht werden können.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über eine kombinierte Färbung mit der Methode von van Gieson und Weigert (für elastische Fasern),** von H. Hornowski-Lemberg. (*Centralbl. f. allg. Pathologie usw.* 1908. Bd. 29, Nr. 18) Bis jetzt ergab diese Verbindung, die bei der Färbung elastischer Fasern das gegenseitige Verhältnis der letzteren, des Bindegewebes und der Muskeln zu bezeichnen ermöglicht, keine konstanten Bilder, indem die Präparate bald zu stark mit Hämatoxylin, zu schwach mit der Weigertschen Lösung, bald gar nicht mit dem einen oder anderen Farbstoff gefärbt waren u. s. m. H. gelang es nach einer Reihe von Versuchen, eine Kombination der Farbstoffe zu erhalten, bei deren Anwendung immer dieselben mikroskopischen Bilder erhalten werden. Man bereite folgende drei Lösungen: I. Haematoxylin. cryst. in subst. 0,2, Resorcini Fuchsini (Grübler) in subst. 0,02, Alcoholi 70%ig 100, II. Acid. mur. concentr. puri 2 ccm, Liquor ferri sesquichlor. Pharm. 1 ccm und III. Fuchsini s. 0,1, Sol. acid. picronitrici conc. (aquosi) 100,0. In der Mischung von I und II werden die Präparate 12—24 Stunden gelassen, dann mit gewöhnlichem Wasser abgespült und eine halbe Minute in der III. Lösung gefärbt, 96%iger Alkohol, Karbol-Xylol, Xylol, Kanadabalsam. Bei dieser Methode sind das Bindegewebe rot, die Muskeln gelb und die elastischen Fasern fast schwarz gefärbt; es sind dabei alle, auch die feinsten Fäserchen ersichtlich. H. wendet dieses Verfahren bei Paraffinschnitten, die dünn sein müssen, an.

*Stern-München.*

---

## Bakteriologie.

**Über die Wichtigkeit des Nachweises des Treponema pallidum bei gewissen, in klinischer Beziehung zweifelhaften und verdächtigen Läsionen,** von Chirivino. (*Rif. med.* 1908. Nr. 40.) Diese Wichtigkeit wird besonders durch den einen der beiden beschriebenen Fälle demonstriert. Es handelte sich um einen jungen Chirurgen, bei dem sich an der Unterlippe eine Ulceration entwickelte, die von Spezialisten als spezifisch anerkannt wurde, trotzdem der Patient absolut nichts anamnestisch zur Bestätigung dieser Diagnose beitragen konnte. Der Verfasser machte nun eine ganze Reihe von Präparaten mit dem Sekrete des Ulcus (mittels Vacuum von Bier erhalten), konnte aber niemals eine Spur von Spirochäten nachweisen. Einfaches Aufpudern von Europhen und Verband brachten auch sehr rasch die Heilung der Ulceration zustande. *C. Müller-Nyon.*

**Über Züchtungsversuche der Spirochaeta pallida,** von P. Mühlens und Löke. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 47, Heft 4.) Die Versuche wurden nach drei Methoden ausgeführt: 1. nach Levaditi mit der Collodiumsäckchenmethode in der Tier-

bauchhöhle (15 Versuche an Affen), 2 mit den verschiedensten festen und flüssigen Nährböden und 3. mit der Züchtung in Kapillarröhrchen. Alle diese Züchtungsversuche blieben negativ, ebenso wie die anderer Forscher, und zeigen, wie aufserordentlich schwierig die Kultivierung der Spirochaeta pallida zu sein scheint. Sicher dünkt M. und L. jedenfalls, dafs die Wachstumsbedingungen der Spirochaeta pallida ganz andere sind wie der ihr in mancher Hinsicht morphologisch ähnlichen kultivierbaren Spirochaeta dentium. In Anbetracht der negativen Resultate kann auf die Einzelheiten der Versuche wohl verzichtet werden. *Stern-München.*

**Über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Dunkelfelde,** von Viktor Mucha. (*Med. Klinik* 1908. Nr. 39.) Verfasser bespricht eingehend die Art der Untersuchung der Spirochaeta pallida im Dunkelfelde und betont die wesentlichen Vorteile derselben. Für die ausgedehnte Verwendung in der Praxis haftet ihr aber noch der eine grofse Fehler an, dafs sie das Vorhandensein einer entsprechend intensiven Lichtquelle, etwa einer Bogenlampe, voraussetzt. Die Versuche, die Untersuchung bei Gasbeleuchtung oder elektrischer Glühlichtbeleuchtung zu ermöglichen haben bisher zu keinen praktisch verwertbaren Resultaten geführt.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Zur Kenntnis der Wirkung abgetöteter Tuberkelbazillen im menschlichen Körper,** von H. Noesske-Kiel. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 16.) Daels und Sternberg haben neulich auf Grund experimenteller Untersuchungen nachgewiesen, dafs tote Tuberkelbazillen im Tierkörper im wesentlichen dieselben Veränderungen, wenn auch in geringerem Grade, hervorrufen können wie lebende Tuberkelbazillen. Verfasser weist nun auf seine im Jahre 1899 an ihm selbst angestellten Impfversuche mit abgetöteten Tuberkelbazillen hin. Dieselben ergaben, dafs auch beim Menschen ganz analoge Gewebsveränderungen zustande kommen.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Eine Silberimprägnationsmethode zur Unterscheidung von Lepra- und Tuberkelbazillen,** von Yamamoto-Kyoto, derzeit Strafsburg. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 47, Heft 5.) Nach Anfertigung des Ausstrichpräparates der Leprabazillen aus Lepraknoten und des Tuberkelbazillenpräparates aus Sputum oder Reinkultur werden die Präparate an der Luft getrocknet und in der Flamme vorsichtig fixiert; darauf zehn Minuten langes Erwärmen in 5%iger Silbernitratlösung bei 55—60° C. und schliefslich werden die Präparate fünf Minuten lang in die Reduzierungslösung (Acid. pyrogallici 2,0, Acid. tannici 1, Aq. dest. ad 100,0) gebracht. Der schwarze Niederschlag, mit dem die Deckgläschen bedeckt sind, wird auf das sorgfältigste entfernt; Trocknen, mit Kanadabalsam einschliefsen und mit Ölimmersion untersuchen. Die so hergestellten Präparate weisen im ganzen einen goldbraunen Glanz auf; die Tuberkelbazillen sind tiefschwarz tingiert, während die Leprabazillen durchsichtig und hell erscheinen; letztere können nach der Silberimprägnation mit dem Ziehlschen Karbolfuchsin unter Säurealkoholbehandlung nachgefärbt werden. Mit 2 Abbildungen.

*Stern-München.*

**Über die Verwendung verschiedener Zuckernährböden zur Differentialdiagnose der Gonokokken,** von Rothe. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 46, Heft 7.) Es handelt sich um die Differenzierung der Gonokokken, hauptsächlich von den Meningokokken, welche morphologisch so viel Ähnlichkeit haben, dafs sie als nahe verwandt anzusehen sind. Wenn es sich auch um seltene Fälle handelt, wo diese differentialdiagnostische Prüfung erforderlich ist, so kommen hierbei doch die bisher beobachteten Fälle von übertragbarer Genickstarre mit Komplikationen von seiten des Genitaltraktus (Epididymitis, eitrige Periorchitis, Spermatocystitis) und andererseits die Fälle von Beteiligung des Zentralnervensystems und seiner

Häute an einer blennorrhoischen Allgemeininfektion in Betracht, auch kann gleichzeitig nebeneinander Meningitis contagiosa und Blennorrhoe bestehen. Der Maltoselackmusnährboden nach v. LINGELSHEIM ermöglicht eine Differenzierung dadurch, daſs Gonokokken nur Dextrose, Meningokokken dagegen Dextrose und Maltose vergären (Rotfärbung nach 24stündigem Aufenthalt im Brutschrank beweist die eingetretene Vergärung). *Stern-München.*

---

## Hygiene.

**Über Prostitution,** von J. L. NASÇHEN-New York. (*New York med. Journ.* 8. Aug. 1908.) In einem kurzen Überblick über die Ursachen der Prostitution führt Verfasser als eine der wichtigsten die Fälle an, wo schwangere Mädchen von ihrem treulosen Geliebten verlassen werden. Einer weiblichen Person, von der es bekannt ist, daſs sie ein unmoralisches Leben führt oder an einer Geschlechtskrankheit leidet, sollte nicht erlaubt sein, in einem Bureau, Laden oder Fabrik, wo noch andere Frauen beschäftigt sind, zu arbeiten; Geschäftsinhaber, wie überhaupt Vorgesetzte, welche an ihren Untergebenen, wenn auch mit deren Willen, geschlechtliche Verführung treiben, sollte man mit empfindlichen Ehrenstrafen belegen. Auſser derartigen Gesetzen würden geeignete religiöse und hygienische Erziehung, zur rechten Zeit eingeleitete ärztliche Behandlung, strenge Bestrafung des Zuhältertums zur Bekämpfung der Prostitution dienen. Schlieſslich müſste man mit den Gefallenen, welche wieder ein ehrbares Leben führen wollen, möglichst milde und nachsichtig verfahren. *Stern-München.*

**Prostitution und Reglementierung,** von C. KOPP-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 36.) Nach Ansicht K.s sind Bordelle und Kontrollstraſsen unbedingt zuzulassen und unter gewissen Verhältnissen sogar zu begünstigen, sofern man sich überhaupt für staatliche Überwachung der Prostitution entscheidet. K. hält die Vorteile der Kasernierung für unbestreitbar, die Nachteile können beseitigt werden durch Schutz der Bewegungsfreiheit der Bordellinsassinnen und Schutz vor Ausbeutung derselben, genaueste tägliche sanitäre Überwachung, Verhinderung jeder vom Bordell ausgehenden Provokation und Verbot der Verabreichung alkoholischer Getränke in den Bordellen. Allerdings paſst die Kasernierung nicht für alle Fälle, die Verhältnisse sind in den verschiedenen Städten je nach Gröſse und Art der Einwohnerschaft verschieden, und es sollte deshalb bei der zu erwartenden Revision der Gesetzgebung den Behörden bezüglich des zu wählenden Systems staatlicher Überwachung ein gewisser Spielraum gelassen werden. Daſs durch die Abschaffung der staatlichen Kontrolle für die allgemeine Moral irgendwelcher Nutzen erwachsen würde, hält K. für ausgeschlossen; dagegen kann durch staatliche sanitäre Überwachung zweifellos ein wenn auch recht bescheidener Erfolg für die Volksgesundheit erzielt werden. Freilich das zurzeit in Deutschland übliche Überwachungssystem bedarf in allen seinen Teilen dringend der Reformen, groſszügiger, nicht bureaukratisch-kleinlicher Reformen. Aber „insolange bei uns der Minister des Innern nach unentgeltlicher Behandlung der Geschlechtskranken schreit, der Herr Kultusminister dagegen für die diesem Zwecke dienenden Institute nichts oder doch nicht viel übrig hat, insolange jene Vereinigung alter Herren, welche sich im obersten Schulrate mehr oder weniger um unsere Jugend verdient machen, für eine einschlägige Belehrung der Abiturienten unserer Mittelschulen sich nicht erwärmen kann, insolange im Bereiche der Rechtspflege der Verkauf von Schutzmitteln zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten als grober Unfug oder Vergehen gegen die Sittlichkeit unter Strafe fällt, insolange darf man leider behaupten daſs von seiten des Staates der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten nicht in seiner vollen Bedeutung aufgenommen, ja die Geschlechtskrankheiten selbst in ihrer ganzen Schwere und Wichtigkeit nicht erkannt sind“. *Goetz-München.*

## Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

**Zur Symptomatologie und Pathologie der traumatischen Hirnverletzungen**, von Alfred Hirschfeld. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1908.) Die Arbeit verdient an dieser Stelle Erwähnung, weil in ihr besonders auch auf die Hautveränderungen bei cerebralen Affektionen hingewiesen wird. Verfasser weist mit Recht darauf hin, daſs die in neurologischen Kreisen herrschende „Schüchternheit den trophischen Störungen gegenüber“ nicht angebracht ist, daſs die trophischen Hautzerstörungen viel häufiger sind, als die psychiatrischen Krankengeschichten vermuten lassen, und daſs nur eine gewisse Scheu vor dem Dogma und ein groſser Ehrgeiz der Psychiater verhindern, dies zuzugestehen. *Fritz Loeb-München.*

**Blutbefunde im Kindesalter,** von Mitsutaro Ogata. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1908.) Bei Hautkrankheiten im Kindesalter hat sich in fast allen Fällen deutliche Leukocytose gezeigt, besonders bei kleinen Kindern, selbst bei geringem Grade der Erkrankung, zeigte sich die Vermehrung der Leukocytenzahl. Über das Mengenverhältnis von verschiedenen Leukocytenarten konnte Verfasser keine Besonderheiten finden. In fast allen Fällen waren die Eosinophilen vermehrt. Bei einem Fall kam die Vermehrung der Eosinophilen gegen die Genesung zutage. In einem anderen Fall handelte es sich um ein neunjähriges Mädchen, das seit sieben Jahren ein chronisches Ekzem an der Mundgegend und an der Hand hatte, das jetzt groſsenteils abgeheilt war. Bei der ersten Untersuchung war normale Leukocytenzahl vorhanden. Es zeigten sich 13,72 % eosinophile Zellen, nach drei Monaten waren die eosinophilen bis auf 5,03 % vermindert. *Fritz Loeb-München.*

**Beitrag zu pathologisch-anatomischen Veränderungen in der gesunden Haut nach Resorcinwirkung,** von Kopytowski. (*Medycyna.* 1908. Nr. 30 und 31.) Verfasser lieſs in zwölf Fällen Resorcin (in Form von Resorcinvaselin 1 : 8 bis 1 : 6) auf die Skrotalhaut einwirken und untersuchte dann die nach ein bis drei Tagen exzidierten Hautstücke histologisch. Diese Untersuchungen führen Verfasser zu folgenden Rückschlüssen: Resorcin ruft Hautentzündung hervor. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Unna und Kellogg wirkt Resorcin auf die Entstehung der Epidermis und zwar hauptsächlich deren Hornschicht ein. Im Gegensatz zu Kellogg fand dabei Verfasser kein Absterben der Hornschicht — er sah hier immer tingible Kerne und eine sich elektiv färbbare Intercellularsubstanz. Schon nach 24stündiger Resorcinwirkung fand Verfasser Veränderung in den Papillargefäſsen und in den oberen Schichten der Cutis vor: die Gefäſse sind erweitert, das Endothel quillt an, es treten Leukocyten auf; bei längerer Einwirkung wuchert das Endothel und dessen einzelne Spindelzellen wachsen in die Epidermis hinein. Das mikroskopische Bild erinnert an das der Psoriasis und unterscheidet sich von letzterem durch Intaktheit der Oberhaut über den Papillen.

Ferner übt Resorcin eine Attraktion auf die Pigmentzellen aus. Die Pigmentzellen wandern aus der Cutis gegen die oberflächlichen Hautschichten und zerfallen unterwegs. — Die chemotaktische oder, besser gesagt, die sero- und leukotaktische Einwirkung des Resorcins spielt eine nur untergeordnete Rolle.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über Spirochätenerkrankungen,** von G. Scherber-Wien. (*Zeitschr. f. Augenheilkunde.* Bd. 17, Heft 2.) Verfasser gibt eine Übersicht über die Spirochätenerkrankungen, die nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse beim Menschen als solche feststehen. Was die Lokalerkrankungen betrifft, so gehen diejenigen, bei welchen Spirochäten eine groſse Rolle zu spielen scheinen, fast ausschlieſslich von zwei Orten aus, von der Genitalregion und von der Mundhöhle. In ersterer ist es

vor allem der Vorhautsack des Mannes, bei welchem es häufig zu einer meist durch den Coitus übertragenen Entzündung kommt, als deren Ursachen Spirochäten im Verein mit vibrioförmigen Bakterien bezeichnet werden; ähnliche Krankheitsprozesse finden sich in der Vulva und Vagina des Weibes. Für die Entwicklung dieser Spirochäten bestehen aber auch in der Genitalregion wie in der Mundhöhle die genügende Möglichkeit der Schaffung anaërober Verhältnisse, welche die Spirochäten für ihre Entwicklung besonders nötig haben. Alle bei diesen Genital- und Mundprozessen vorkommenden Spirochäten haben als hervorstechendes Merkmal, dafs sie sich mit gewöhnlichen Anilinfarben leicht färben und bei der Anwendung der Gramschen Methode ein gramnegatives Verhalten zeigen. Die zweite grofse Gruppe der durch Spirochäten hervorgerufenen Erkrankungen des Menschen sind jene, bei welchen es zu einer Allgemeininfektion des Organismus kommt; es sind dies vor allem Syphilis, die Rekurrenz und die Framboesia tropica. Scherber geht nun näher auf die Beobachtung und Färbung der Spirochaeta pallida ein; er hält nach dem im Ultramikroskop gefundenen Bildern den Einwurf mancher Autoren, dafs die Spirochaeta pallida gar nicht existiere, sondern es sich dabei nur um gefärbte Nervenfibrillen, Bindegewebsfasern oder gar nur Silberniederschläge handle, für absolut unstichhaltig. Die Spirochaeta pallida wurde bei der akquirierten Lues des Menschen in allen Exanthemen, von der Macula bis zum Gumma, im Blute, im Punktionssafte der Milz, in der Cerebrospinalflüssigkeit usw., ferner fast in allen Organen hereditärluetischer Kinder und in den Krankheitsprodukten der für Syphilis empfänglichen Tiere, Affen wie Kaninchen, bei ersteren auch in inneren Organen, gefunden. Was Befunde von Spirochäten im Auge bei hereditärer Lues betrifft, so sind sie zwar spärlich, aber doch mit Sicherheit in Cornea, Chorioidea, Sklera usw. konstatiert worden. Das Kaninchenauge ist bekanntlich für das syphilitische Virus empfänglich und Scherber machte nach Bertarellis Vorgang weitere Impfversuche; aus denselben glaubt er den Schlufs ziehen zu dürfen, dafs das Auftreten der Keratitis parenchymatosa ein um so konstanteres ist, je inniger man das Impfmaterial mit einer traumatisch lädierten Iris in Kontakt bringt. Die Verwendung von Kaninchenmaterial zu weiteren diagnostischen und experimentellen Versuchen dürfte also von Bedeutung sein. Schliefslich hebt Verfasser hervor, dafs auch bei den Tieren, wie Hühnern, Gänsen, Fischen, solche Erkrankungen, als Spirillosen bezeichnet, vorkommen; es sei wahrscheinlich, dafs die Erreger all dieser Spirochätenerkrankungen zusammengehören und den Protozoen zuzurechnen sind, dafs es sich also auch bei der Pallida nicht um ein Bakterium handelt. *Stern-München.*

**Schädliche Wirkung der Sonnenstrahlen und der Hitze**, von Harald D. Corbusier. (*Der Militärarzt.* 1908. Nr. 17; aus *The military surgeon.* 1908.) Der Verfasser sah zu seiner Verwunderung, dafs italienische Bersaglieri trotz ihrer Hautpigmentierung den Sonnenstrahlen in China keinen Widerstand boten, sondern unter den Symptomen des Sonnenstichs zu leiden hatten. Er selbst lernte den Wert der orangegelben Farbe in der Tropenkleidung kennen; trug er den gewöhnlichen Helm, so litt er an Kopfschmerzen, welche ausblieben, wenn er einen mit orangefarbenen Stoff gefütterten Khakihelm aufsetzte. *Schourp-Danzig.*

**Wahrscheinliche Hautreaktion auf Diphtherieserum**, von A. A. Robinson-Ogden. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 18.) Ein Knabe bekam wegen Diphtherie Injektion von Diphtherieserum und wurde gesund. Ungefähr zwei Jahre später erkrankte er wiederum an Diphtherie Als der Verfasser nun die Seruminjektion vornehmen wollte, fand er an der erstmaligen Injektionsstelle eine Urticariaquaddel. Er nimmt an, dafs auf die neue Diphtherieinfektion die alte Injektionsstelle mit einem Exanthem reagierte. *Schourp-Danzig.*

**Über die Reaktion der Spinalflüssigkeit bei einigen Dermatosen im Kindesalter,** von M. Ferraud-Paris. (*Gaz. d. Hôpit.* 1908. Nr. 129.) Von Tobler und von Ravaut ist darauf hingewiesen worden, dafs bei Syphilis der Kinder, namentlich wenn die Hautläsionen stark ausgebildet sind, die Spinalflüssigkeit eine erhebliche Lymphocytose aufweist. F. hat bei 120 Kindern ohne syphilitische Manifestationen die Spinalflüssigkeit untersucht. Seine Fälle umfafsten 47 Kinder mit papulösen Dermatitiden, 25 mit vesikulösen Dermatosen, 12 mit Prurigo, 13 mit Skabies, 10 mit impetiginösen Affektionen und 13 ohne erkennbare Abnormitäten. Im ganzen war zu konstatieren, dafs ausgedehnte, im floriden Stadium befindliche Dermatosen aller Arten meistens mit einer Vermehrung der Lymphocyten einhergingen; es kann also diesem Symptom speziell bei der Lues nur ein relativer diagnostischer Wert zugesprochen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über Exsudatzellen bei der akuten aseptischen Entzündung des Bindegewebes,** von Karl Zieler-Breslau. (*Centralbl. f. Allg. Path. u. Pathol. Anatom.* Bd. 18, Nr. 8.) Die ausführlichere Arbeit erschien in der *Festschrift für* Neisser und ist referiert in *diesen Monatsheften*, Band 45, Nr. 4. *Schourp-Danzig.*

**Über den Einflufs des Scharlachrotes auf Mäusetumoren,** von R. Werner-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 44.) Als Resultat zahlreicher vergleichender Versuche konstatiert W., dafs konzentrierte Lösungen von Scharlachrot in Öl das Mäusecarcinom zum Wachstum anregen, solche in Alkohol von 50% und darüber die Tumoren zum Absterben bringen. Die Verbindung von Scharlachrot und Alkohol hat eine beträchtlich höhere cytotoxische Wirkung als die entsprechende Menge Alkohol allein. Das Scharlachöl wirkt nicht durch chemotaktische Beeinflussung der Zellen erregend auf das Wachstum des Tumors, sondern durch die direkte Reizung derselben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über Granulationsentwicklung und Epithelisierung bei Defekten der äufseren Haut, besonders unter Crurin- und Zinkpastenbehandlung,** von E. Storath. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. B. 1908.) Crurin fördert die Granulationsentwicklung; doch läfst es, besonders bei torpiden Granulationen, wie alle anderen sogenannten Granulierung befördernden Mittel, gelegentlich im Stich. Der Vorteil der Ungiftigkeit des Präparates läfst sich wegen des nicht selten eintretenden anfänglichen Brennens in der Wunde nach dessen Applikation nicht voll ausnützen. Weder durch Crurin noch Jodoform oder Zinkpaste kann das erste Auftreten von makroskopisch sichtbaren Granulationen auf einer frischen Wundfläche beschleunigt werden; denn der Reiz der Granulationsentwicklung geht aus von gesundem Fibrin, das die Oberfläche der Wunde, wenn auch in feinster Schicht, überzieht. Die sogenannte Granulation befördernden Mittel wirken also durch Erregung oder Unterhaltung eines bestimmten Grades einer sero-fibrinösen Entzündung. Die Granulationsentwicklung verläuft am besten, wenn der Grad dieser Entzündung das Entzündungsoptimum darstellt. Die Epithelisierung granulierender Wundflächen wird unter Crurinbehandlung nicht wesentlich gefördert. Mensch und Tier verhalten sich hierbei annähernd gleich. Ganz oberflächliche Defekte heilen indes unter dem Crurinschorf rasch. Hingegen werden unter Zinkpastenverband (Zinc. oxyd., Amyl. tritic., Vaselin. flav., Lanolin aa auf Gaze gestrichen auf die Wunde gelegt) Bedingungen geschaffen, unter welchen die Epithelisierung rasch von statten geht, bis fast zur vollständigen Überhäutung. Austrocknende Verbände, sei es, dafs sie die Sekretion überhaupt beschränken, oder die eitrige in eine mehr seröse umwandeln, oder reichliche Sekrete vollständig aufsaugen, verzögern die Epithelisierung. Für den raschen Ablauf der Epithelisierung ist eine konstante höhere Temperatur, gewissermafsen Bruttemperatur, wie sie u. a.

durch den Zinkpastenverband erreicht wird, von der gröfsten Bedeutung. Reichliche Deckung durch Verbandmaterial unterstützt die Wirkung nach dieser Richtung.

Granulierende Flächen schrumpfen am stärksten zu Beginn der Heilung und zwar so, dafs der maximale Schrumpfungspunkt der späteren Narbe schon lange vor der vollständigen Epithelisierung fast erreicht sein kann. Daher ist es ratsam, bei drohender Funktionsstörung schon sehr bald nach der Verletzung mit Bewegungsübungen zu beginnen. Wegen der anfänglich besonders starken Schrumpfung der experimentell gesetzten Wunde unter Crurinbehandlung ist letzteres u. a. zu empfehlen bei Wunden ohne Defekt, die stark klaffen, und nach operativ gesetzten Defekten, wo eine Annäherung der wunden Flächen erwünscht ist, z. B. nach Resektionen. Aufser dem bei manchen Kranken für einige Zeit nach der Applikation anhaltenden Brennen hat das Crurin keine unangenehmen Eigenschaften erkennen lassen. Die Anwendung geschieht am besten als 20%ige Cruringaze oder als Pulver zur Hälfte mit Amylum verdünnt. *Fritz Loeb-München.*

**Zur Frage der Infiltratbildung an Stellen der Injektionen vom Salicylquecksilber,** von Zdzislaw Sowinski. (*Przeglad lekarski.* 1908. Nr. 14—15.) Um die Ursache der Infiltratbildung an Stellen der Injektionen vom Salicylquecksilber festzustellen, hat Verfasser eine Reihe von bakteriologischen Untersuchungen sowohl mit dem Salicylquecksilber als mit dessen Vehikel, dem Oleum vaselini, unternommen und fafst seine Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Oleum vaselini bleibt in der Quecksilberemulsion immer steril.

2. Die Verbindung des Salicylquecksilbers mit dem Vaselinöl zerfällt auch nach längerer Zeit (1½ Jahren) nicht.

3. Das Vaselinöl bildet keinen günstigen Boden für die Entrichtung von Staphylococcus aureus, Heubacillus, Colibacillus und Bacillus pyocyaneus.

4. In der Quecksilberemulsion geht das Quecksilber in das Öl nicht über.

5. Die Salicylquecksilberemulsion wirkt auf die eitererregenden Mikroorganismen vernichtend ein.

6. Die Infiltrate an Stellen der Injektionen entstehen hauptsächlich durch die Gewebsreaktion, die entweder durch allgemeine Veränderungen im Organismus, oder durch lokale Ursachen hervorgerufen werden können; auch die gleichzeitige Einwirkung beider Momente erscheint nicht ausgeschlossen.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über Komplementbindung bei Syphilis hereditaria, Scharlach und anderen Infektionskrankheiten,** von Halberstaedter, Erich Müller und A. Reiche. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 43.) Von zehn untersuchten Scharlachfällen reagierten fünf bei wiederholter Untersuchung stets negativ, bei den fünf übrigen trat eine mehr oder weniger ausgesprochene Hemmung der Hämolyse auf. Bei wiederholter Untersuchung zeigte sich, dafs die Reaktion nur innerhalb eines begrenzten Zeitraumes nachweisbar war. In einem Falle war die Reaktion noch am 32. Tage negativ, am 36. und 45. positiv und am 67. erloschen; in einem anderen Falle am 44. Tage im Beginn der Entwicklung, am 80. Tage noch ausgesprochen, am 126. Tage wieder negativ. Die Tatsache, dafs eine Anzahl Autoren mit Scharlachseren positive Reaktionen nicht erzielten, erklären die Autoren damit, dafs sich unter den für die Wassermannsche Reaktion benutzten Extrakten sehr selten solche befinden, welche gleichzeitig die Fähigkeit haben, auch mit Serum von Scharlachkranken komplementbindend zu wirken. Dieses konnte durch Prüfung verschiedener Extrakte festgestellt werden. Da die Reaktion bei Scharlachkranken nur innerhalb eines umschriebenen

Zeitraumes nach der Erkrankung erzielt wird, so wird dadurch die klinische Brauchbarkeit der Reaktion für die Diagnostik der Syphilis nicht beeinträchtigt.

Bei Masern, Varicellen und Pertussis wurde stets mit negativem Erfolge untersucht. *Arthur Schucht-Danzig.*

---

## Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

**Zur Epithelisierung granulierender Flächen durch Scharlachrotsalbe,** von Clement Krajča-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 38.) Nach den Beobachtungen, die an der chirurgischen Abteilung des evangelischen Krankenhauses in Köln gemacht worden sind, gelingt es, durch Anwendung 8%iger Scharlachrotsalbe bei granulierenden Wunden wesentlich schneller als durch andere Mittel Epithelisierung herbeizuführen und auch sehr grofse Granulationsflächen, bei denen bisher nur durch Transplantation Heilung erzielt werden konnte, zur Überhäutung zu bringen. Durch Kombination der Scharlachrotbehandlung mit inselförmigen Hauttransplantationen wird die Überhäutung anscheinend noch weiter beschleunigt und noch fester gestaltet. Die Salbe wird hergestellt, indem Scharlachrot in Chloroformöl gelöst und solange fein verrieben wird, bis alles Chloroform verflüchtigt ist; dann wird mit Vaselinum flavum im Verhältnis von 8:100 gemischt. Die Salbe wurde von Kr. messerrückendick auf sterile Mullläppchen gestrichen und für 24 Stunden aufgelegt, und zwar ohne den von Schmieden empfohlenen wasserdichten Stoff darüber zu breiten; am nächsten Tag wurde in der gleichen Weise Borsalbe appliziert und so täglich gewechselt, nur in den seltenen Fällen, in denen Hautreizung auftrat, wurde mit der Scharlachrotsalbe länger ausgesetzt. Wuchernde Granulationen wurden in der üblichen Weise mit dem Höllensteinstift geätzt. Bei Kombination der Scharlachrotbehandlung mit Hauttransplantation wurden die Thierschschen Epidermisläppchen auf die mit dem scharfen Löffel von Granulationen befreite Wundfläche mit Gazebäuschchen fest aufgedrückt und vier Tage lang mit sehr dick bestrichenen Borsalbelappen bedeckt, dann wurde die Behandlung in der geschilderten Weise weitergeführt.

*Götz-München.*

**Über stark wasseraufnahmefähige Vaselinsalben,** von P. Runge-Hamburg. (*Pharm. Centralhalle.* 1908. Nr. 35.) Hinweis auf die einschlägigen Arbeiten von P, G. Unna und Lifschütz unter Hervorhebung des Eucerinum anhydricum, das durch seine maximale Hydrophilie von 700% für die Salbentechnik aufserordentlich wertvoll ist. *Schourp-Danzig.*

**Linoval, eine neue Salbengrundlage mit bakterizider Eigenkraft,** von Oscar Salomon-Koblenz. (*Med. Klinik* 1908. Nr. 29.) Das wirksame Prinzip des Linovals (hergestellt von Richard Schmidt, Altona) ist eine flüchtige Fettsäure, die bei der Raffinerie des Leinöls gewonnen wird. Das Linovalum purum stellt eine weifse Salbe von eigenartigem Geruch dar, die leicht verreibbar, nicht körnig ist, 15% Wasser resorbiert und von unbegrenzter Haltbarkeit ist, solange sie nicht bis zum Schmelzpunkte (31° C.) erhitzt wird. Alle Zusätze (Salicylsäure, Ichthyol, Teerpräparate, Chrysarobin usw.) sind daher ohne Erwärmen zu machen. Auf Grund seiner Erfahrungen hebt Verfasser die hervorragende bakterizide Kraft des Linovals hervor, und zwar gerade den Staphylokokken und Streptokokken gegenüber, dann seine analgesierenden und epithelialisierenden Eigenschaften.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Das Radium bei der Behandlung des Carcinoms und des Lupus,** von W. J. Morton-New York. (*Riv. intern. di Terapia fisica.* 1908. Nr. 9.) Der Verfasser findet, dafs die Applikation des Radiumsalzes (Bromid) bei weitem der Radiotherapie

als Bestrahlung und der Finsenschen Heliotherapie vorzuziehen sei und zwar nicht nur wegen der Einfachheit des Verfahrens, sondern auch wegen der Schnelligkeit der Wirkung (Wochen statt Monate mit den anderen genannten Verfahren).

*C. Müller-Nyon.*

**Die therapeutische Verwendung von Radiumemanationen,** von Franz Nagelschmidt-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 11.) N. hat eine kleine Anzahl von Fällen von Rheumatismus, Ozaena, chronischem Blasenkatarrh usw. mit radiumemanationshaltigem Wasser behandelt und gleich Loewenthal gute Erfolge gesehen, hält aber die gebrauchten therapeutischen Dosen der Emanation nicht für absolut unschädlich, da er mehrere Male einen nennenswerten Eiweifsgehalt im Urin auftreten sah und in einem Falle von latentem Magengeschwür nach acht Dosen eine profuse Hämatemesis bekam. *W. Lehmann-Stettin.*

**Aktinotherapie und Kosmetik,** von G. J. Müller-Berlin. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 35.) Kurze Besprechung der Erfolge der Aktinotherapie bei einzelnen kosmetischen Störungen der unbehaarten und der behaarten Haut, bei Erkrankungen der Nägel, bei Zirkulationsstörungen und Ozaena. Die Kosmetik hat nach Verfasser eine wesentliche Bereicherung durch Licht-, Röntgen- und Radiumbehandlung erfahren. Die Aktinotherapie sei sauber, in Form von Röntgenstrahlen insensibel und bei richtiger Technik ungefährlich; sie wirkt auch, wo Salbentherapie hilft, bequemer, rascher und sicherer und ist mit höheren Unkosten kaum verbunden.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über die Biersche Stauungs- und Saugbehandlung in der Venereologie,** von A. Svanda - Budapest. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 37 und 38.) Die Erfahrungen des Verfassers beziehen sich auf 34 Fälle von Bubonen, 39 Fälle von Epididymitis blennorrhoica, 1 Fall von blennorrhoischer Periurethritis, 3 Fälle von Gelenkentzündungen bei Blennorrhoe. Als Vorteile der Bierschen Methode rühmt Svanda die augensichtliche Verkürzung des Heilungsverlaufes, den Wegfall schmerzverursachender Eingriffe, die Einfachheit des Verfahrens, durch welches unter Umständen auch Ersparnisse an Verbandsmaterial gemacht werden, die Möglichkeit einer eventuell durchwegs ambulatorischen Behandlung und zuletzt die Einheitlichkeit der Behandlung, die durch verschiedene Modifikationen dem jeweiligen Zustande der Drüsen angepafst werden kann. *Schourp-Danzig.*

**Neue Untersuchungen über das Quecksilber,** von Bürgi. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1908. Nr. 19.) Das Quecksilber ist ein Protoplasmagift. Als Ausscheidungsstätte bezeichnet B. hauptsächlich die Niere, dann den Darm; er bringt die Anwendung des Quecksilbers als Abführmittel, Diuretikum und Desinfektionsmittel in direkte Beziehung zu den toxischen Eigenschaften des Metalls.

B. stellte fest, dafs sich bei den Schmierkuren eine von Woche zu Woche mit der Hg-Ausscheidung zunehmende, bei den intramuskulären Injektionen schwerlöslicher Salze eine mit den täglichen Ausscheidungen von Hg schwankende Urinmenge fand; er wies die gerinnungshemmende Wirkung des Hirudins bei Quecksilbervergiftungen nach und glaubt damit die Anschauung, dafs das Hg hauptsächlich als gerinnungserzeugendes Blutgift aufzufassen sei, endgültig zu widerlegen. *Schourp-Danzig.*

**Bemerkungen über die therapeutische Verwendung von Stammvaccinen zur Behandlung von bakterieller Infektion,** von J. Matthews - London. (*Lancet.* 26. September 1908.) Verfasser gibt zunächst eine Übersicht der Grundlagen und der Anwendung der Vaccinenbehandlung auf der Basis der Opsoninbestimmung, wie diese den Lesern der *Monatshefte* aus der Publikation von Williams und Bushnell schon bekannt sind. Am St. Marys Hospital in London hat M. das Verfahren im Verein mit anderen Forschern in grofsem Mafsstab weiter verfolgt, wobei jährlich mehr als

15000 Opsoninbestimmungen ausgeführt wurden. Aufser tuberkulösen Affektionen wurden namentlich Furunkel, chronische Ekzemfälle und auch chronischer Tripper (nebst Ileotyphus) berücksichtigt. Die Behandlung des Furunkels ist insofern eine andere als bei der sonstigen Impfmethode, als man auch im negativen Stadium grofse Dosen von Kokken verabreichen kann, um den Prozefs der Abscedierung zu beschleunigen. Auch bei Akne ist es nicht ratsam, zu kleine Dosen zu geben, da die damit erzielte Besserung nicht vorzuhalten pflegt. Bei hartnäckigem Ekzem ist es angezeigt, mit kleinen Dosen von Staphylococcus anzufangen. Ein Fall von schon fast 40jähriger Dauer wurde in etwa drei Monaten unter Behandlung mit sechs Injektionen von 250 Millionen Staphylokokken nebst innerlicher Darreichung von Calciumlactat (wegen des hydrämischen Zustandes des Blutes) geheilt und ist seit 1½ Jahren rezidivfrei geblieben. Die Resultate der Vaccinebehandlung bei Blennorrhoe sind nicht durchweg befriedigend gewesen, doch wird auch über Fälle berichtet, bei denen die Gonokokken im Sekret der Harnröhre vollständig verschwanden.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Behandlung von Hautkrankheiten mit Alsolcrême,** von Ferd. Neu. (*Pester med.-chir. Presse.* 1907. Nr. 38.) Diese Crême enthält 1%iges Aluminium acetotartaricum in einer neutralen Salbenmasse; ihr Gebrauch ist angenehm, sie erweicht bei Körpertemperatur, ist leicht von der Haut zu entfernen und beschmutzt die Wäsche nicht. Sie wurde bei schwerer Intertrigo, nässender, auch Röntgen-Dermatitis und bei Ekzemen, kurz bei chronischen und akuten Hautentzündungen mit Erfolg angewandt. Die subjektiven Beschwerden, wie Jucken, Brennen und Schmerzen lindert sie rasch und auch die objektiven Erscheinungen werden bald eingeschränkt. Die Anwendung der Alsolcrême erklärt N. besonders bei artefiziellen Hautentzündungen für empfehlenswert, aber auch bei Ekzemen und Hautgeschwüren nicht spezifischer Art, da sie nicht nur gegen die Entzündung, sondern auch antiseptisch wirkt; aus letzterem Grunde wäre sie auch bei der Behandlung von Operationswunden mit Erfolg anzuwenden. Beschreibung von zwölf behandelten Fällen verschiedener der genannten Hautaffektionen. *Stern-München.*

**Arsen bei Hautkrankheiten,** von M. B. Hartzell-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51. Nr. 18.) Bei Ekzem, Psoriasis, Lichen ruber planus, Pemphigus, Dermatitis herpetiformis, Hautsarkom und Mykosis fungoides ist Arsen ein wertvolles Hilfsmittel der Behandlung. Der Verfasser sah von Atoxyl und Kakodyl keinerlei bessere Wirkung als von Arseniger Säure, Fowlerschen Lösung oder Natrium arsenicosum. *Schourp-Danzig.*

**Mitteilung über die Anwendung des Atoxyls bei Syphilis, Tuberkulose und Lepra,** von Hallopeau. (*Bul. gén. de thérap.* Nr. 18. 23. Okt. 1907.) Die Fälle von Sehschädigungen nach Atoxyl sind auf Verunreinigungen des Präparates zurückzuführen, da bei französischen Präparaten nichts gleiches beobachtet ist. Bei der Dosierung ist das Körpergewicht des Kranken zu berücksichtigen. Kleine Dosen sollen auch in der Nähe des Schankers im Verlauf der Lymphgefäfse täglich injiziert werden. Es soll Heilung von Nierentuberkulose durch Atoxyl erfolgt sein. Lepra wird sehr günstig durch Atoxyl beeinflufst. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Einiges über den Gebrauch des Europhens,** von P. Meissner-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 35.) Speziell für Ulcus molle-Behandlung wird Europhen an Stelle von Jodoform empfohlen. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Vergleichende Studie über die Wirkung des Ichthyols und Ichthynats in der Dermatotherapie,** von Robert Kampfrath-Wieden. (*Klin.-therapeut. Wochenschrift.* 1908. Nr. 17.) Vergleichende Versuche mit beiden Präparaten bei Akne Ekzem, Urticaria, Furunkulose, Psoriasis, Epididymitis und Prostatitis blennorrhoica

ergaben in der Mehrzahl der Fälle, dafs das Ichthynat dem Ichthyol gegenüber therapeutisch minderwertig ist, sowohl bezüglich der entzündungswidrigen, resorbierenden und antiseptischen, als auch der juckreiz- und schmerzstillenden Eigenschaften. Beide Präparate weisen eine Reihe von Unterschieden in den chemischen Analysen auf.

*Schourp-Danzig.*

**Mochalles Schwefelpräparate**, von Gerhard Hahn - Breslau. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1908. Nr. 32.) Die von Paul Mochalle — in der Arbeit wird der Name abwechselnd auch Mochale geschrieben; D. Ref. — hergestellten Schwefelpräparate zeichnen sich besonders dadurch aus, dafs der Schwefel in einer ganz auffallend feinen Verteilung sich befindet und auffallend leicht und schnell Schwefelwasserstoff abgibt. Eine durch Zusammenschmelzen von Flores sulfuris mit Zucker gewonnene kristallinische Masse wird in Wasser aufgelöst und mit kalzinierter Soda gekocht; damit entsteht eine „Schwefellauge", welche zu Schwefelbädern bei Prurigo, Psoriasis usw. angewandt wird. Durch Zusatz von Glycerin und Resorcin und von überfetteter Seife wird aus der „Schwefellauge" die Schwefelseife gewonnen, deren eingeriebener Schaum sich bei Akne vulgaris durch seine kräftige Schälwirkung bewährt.

*Schourp-Danzig.*

**Über Schwefelbalsame**, von Franz Nagelschmidt-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1908. Heft 10.) Versuche mit Thiopinol überzeugten N., dafs die Verbindung mit Schwefel mit ätherischen Ölen neue Resultate der Schwefeltherapie ermögliche. Autor machte Versuche mit Thiozon, einer dunkelbraunen Lösung von organischem linalylacetatthiozonidsaurem Natrium und organischem Natriumthiozonat, welches reich ist an dreiatomigem Schwefel. Im Thiozonbade steigt die Ausscheidung der Gesamtschwefelsäure im Urin regelmäfsig und deutlich an. Das Thiozon ist chemisch genau definiert und dosierbar, soll angenehmer riechen als Thiopinol, die Haut nicht reizen und an Resorptionsfähigkeit dem Thiopinol nicht nachstehen.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Über künstliche Schwefelbäder**, von F. Klopstock - Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 30.) Kl. hat Thiopinolbäder (125 ccm Thiopinol auf ein Vollbad von 200 l Wasser) u. a. bei blennorrhoischen Gelenkrheumatismen in dem der Fieberperiode folgenden Stadium, dann bei luetischen Frühapoplexien und ihren Folgezuständen usw. usw. mit recht befriedigendem Erfolge angewandt. Die Wirkung des Thiopinolbades ist nach Ansicht Kl.s in der Hauptsache als eine Wirkung des warmen Bades und als eine Folge der durch das Thiopinol verursachten Hautreizung aufzufassen; dafs dem Schwefel bei dem Heilerfolg irgendeine wesentliche Bedeutung zukommt, dafs überhaupt in den Bädern Schwefel in nennenswerter Menge von der Haut resorbiert wird, erscheint Kl. unwahrscheinlich. Trotzdem hält er die künstlichen Schwefelbäder für eine „angenehme Ergänzung unserer therapeutischen Mafsnahmen" bei verschiedenen Affektionen. *Götz-München.*

**Thiosinamin beziehungsweise Fibrolysin und ihre therapeutische Anwendung**, von Karl Hartmann - Koblenz. (Carl Georgi, Universitäts-Buchdruckerei und Verlag, Bonn 1908.) Eine zusammenfassende Arbeit, in der nach allgemeinen Bemerkungen über Eigenschaften und Anwendung des Thiosinamins und Fibrolysins eingehend die grfose Zahl von Anwendungsgebieten, welche sich diese Mittel bis jetzt erobert haben, beschrieben werden. Es seien hier nur diejenigen angeführt, welche für die Dermatologen von speziellem Interesse sind. Das Fibrolysin wendet man, soweit aus der Literatur ersichtlich ist, ausschliefslich in der von der Firma E. Merck gebrauchsfertig gelieferten Lösung an, das Thiosinamin wohl am häufigsten in der von v. Hebra angegebenen 15%igen alkoholischen Lösung. Die Einspritzungen, die natürlich unter Beobachtung strengster Asepsis vorzunehmen sind, kann man auf

dreierlei Weise machen: 1. subcutan, 2. intramuskulär, 3. intravenös. Gewöhnlich werden wöchentlich zwei bis drei Injektionen vorgenommen, einzelne Autoren injizieren täglich; von allgemeinen Störungen, die zuweilen, wenn auch selten, vorkommen, seien erwähnt: Kopfschmerzen, Blutandrang, Hitzegefühl, Schwindel und Eingenommenheit des Kopfes, allgemeine Mattigkeit. Die glänzendsten Erfolge erzielte man mit der Thiosinaminbehandlung bei Narben und narbenähnlichen Gebilden der äufseren Haut; es kommt hierbei weder auf das Alter des Patienten noch auf das Alter der Narben an, auch die Entstehungsursache der letzteren spielt keine Rolle. Narben nach Verletzungen, Operationen, Verbrennungen, Verätzungen, Entzündungen (Phlegmonen, Lupus) usw. werden alle in gleich günstiger Weise beeinflufst. Bei Keloiden ergaben die Versuche mit Thiosinamin resp. Fibrolysin verschiedene — sowohl günstige wie völlig negative — Resultate. Bei Sklerodermie im allgemeinen gute Ergebnisse, indem besonders Scholtz, Juliusberg, Galewski nach zwei- bis viermonatiger Behandlung völlige Heilung erzielten, bei Rhinophym und Rhinosklerom wird über Besserung durch Allgemeinbehandlung mit Thiosinamin und dadurch ermöglichte schnellere Lokalbehandlung berichtet. Teilweise Erfolge kamen vor bei Drüsenentzündungen, besonders bei Tuberkulösen und Skrophulösen (nach 1—83 Injektionen); Lüth wandte das Fibrolysin gegen Prostatitis parenchymatosa blennorrhoica in Verbindung mit Massage an und hatte in vier von sechs Fällen glänzenden Erfolg; er empfiehlt, es auch bei Altersprostatitis zu versuchen. Gutartige Geschwülste wurden vielfach in erfreulicher Weise durch Thiosinamin beeinflufst. Bei Induratio penis plastica hatte Waelsch die besten Erfolge mit Fibrolysin. Was nun die Einwirkung des Thiosinamins bezw. Fibrolysins auf die Strikturen betrifft, so scheinen im allgemeinen die Erfahrungen insofern günstig zu lauten, als dieselben einigermafsen erweicht und in der Mehrzahl der Fälle dadurch die allmähliche Dehnung mit Bougies, die immer noch erforderlich ist, erleichtert wird; ein Teil der Autoren hebt jedoch hervor, dafs hier die Wirkung des Thiosinamins nur eine vorübergehende ist und Rezidive leicht eintreten. In einzelnen Fällen wurde mit mehr oder weniger Erfolg das Fibrolysin versucht bei verdicktem Nebenhoden, bei persistierenden Narbensklerosen des Nebenhodens nach überstandener Epididymitis blennorrhoica, bei hartnäckigem Ulcus cruris, gegen Elephantiasis, hartes traumatisches Ödem des Handrückens, ferner des Skrotums und Präputiums. Ohne Erfolg wurde das Thiosinamin bei Mykosis fungoides angewandt. Aufzählung der sehr reichlichen Literatur (bis Anfang August 1908). *Stern-München.*

---

## Angioneurosen.

**Thrombo-Angiitis obliterans; Beobachtungen über die zur präsenilen Spontangangrän führenden Gefäfsläsionen,** von L. Buerger-New York. (*Amer. Journ. med. scienc.* Okt. 1908.) Diese Arbeit bildet eine Ergänzung zu der Sachsschen Publikation über die Raynaudsche Krankheit, indem B. an der Hand von 15 Abbildungen die histologischen Verhältnisse an den Gefäfsen bei solchen Fällen schildert und eingehend bespricht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Klinische Beobachtungen über lokale Asphyxie mit besonderer Berücksichtigung der Knochenveränderungen,** von Ottmar Blezinger. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1907.) Die Knochenveränderungen sind eine häufige Folge der Raynaudschen Krankheit, die aber keineswegs mit der Schwere der Erkrankung und mit der Ausdehnung der Weichteilveränderungen parallel laufen. In vier von acht ausführlicher mitgeteilten Fällen fehlte jede nachweisbare Veränderung des Knochens, in ebenso viel Fällen zeigte sich eine Usurierung der Endphalangen, in der Hälfte auf

minimale Veränderung der Tuberositas unguicularis sich beschränkend, in der Hälfte mit dem Verlust eines gröfseren Teiles, ja sogar der ganzen Tuberositas unguicularis mit samt einem Teile des daran ansetzenden Körpers der Endphalangen einhergehend. Seine klinischen Untersuchungen führen den Verfasser in der Richtung der Ernährungsstörungen und in der Würdigung der klinisch manifesten Gefäfsveränderungen dazu, die Raynaudsche Krankheit als eine ziemlich komplizierte nervöse Erkrankung zu bezeichnen. Die notwendige Vorbedingung für das Zustandekommen des Raynaudschen Symptomenkomplexes ist die Gefäfsveränderung, die sich vielleicht besonders früh und besonders hochgradig bei neuropathisch veranlagten Individuen entwickelt. Als essentielles Symptom der Erkrankung sind die Gefäfskrämpfe anzusehen, welche auf neuropathischem Boden durch nervöse Einflüsse entstanden, das Krankheitsbild beherrschen. Dazu gesellen sich als häufige, wenig hervortretende Folge des Raynaudschen Symptomenkomplexes trophische Störungen, die sowohl in der Veränderung der Weichteile als auch der Knochen zum Ausdruck kommen und in ihrem Auftreten und in ihrer Ausdehnung unabhängig voneinander sind. Ob sich die trophischen Störungen in regressiven Veränderungen (Usurierung peripherer Knochenabschnitte) oder in scheinbar produktiven Bildungen wie Weichteilveränderungen oder Hyperostosen an einzelnen Körperteilen äufsern, scheint im einzelnen Fall ganz verschieden; beide Prozesse können offenbar bei demselben Individuum nebeneinander einhergehen. Dabei ist besonders hervorzuheben, dafs die Art und Ausdehnung der trophischen Störungen in keinem erkennbaren Zusammenhang steht mit der Häufigkeit und Schwere des Gefäfskrampfes. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, dafs die trophischen Störungen nicht ausschliefslich abhängig sind von der Häufigkeit und Intensität des Gefäfskrampfes, wenn auch nicht bestritten wird, dafs starke Gefäfskrämpfe das Zustandekommen der trophischen Störungen begünstigen. *Fritz Loeb-München.*

**Die Bedeutung von Gefäfserkrankungen bei der Raynaudschen Krankheit, Erythromelalgie und den verwandten Affektionen**, von B. Sachs-New York. (*Amer. Journ. med. scienc.* Okt. 1908.) Verfasser zieht aus seinen klinischen Beobachtungen, von denen er einige Beispiele anführt, folgende Schlüsse: Die Raynaudsche Krankheit und die Erythromelalgie treten oft im Verein miteinander auf; diese beiden Affektionen zeigen oft so zahlreiche Übergangsformen, dafs eine scharfe Abgrenzung bei vielen Fällen nicht möglich ist. Wiederholt sieht man, wie eine zuerst als Erythromelalgie diagnostizierte Erkrankung später die Symptome der Raynaudschen Krankheit aufweist. Das Auftreten von Gangrän, namentlich in der trockenen Form, ist bei Erythromelalgie relativ häufig. Andererseits beobachtet man gar nicht selten Fälle, welche anfangs als typische Raynaudsche Krankheit anzusprechen sind, welche aber späterhin die Diagnose Spontangangrän infolge von Endarteriitis obliterans rechtfertigen. Ferner ist zu erwähnen, dafs die Raynaudsche Krankheit nicht selten im Gefolge von Rheumatismus und namentlich von cerebraler Endarteriitis auftritt. Als ein allerdings seltenes, von Verfasser nur vereinzelt konstatiertes Symptom der Raynaudschen Krankheit ist noch das intermittierende Hinken zu erwähnen. Die eigentliche Pathologie der Raynaudschen Krankheit ist in einer lokalen Affektion der Blutgefäfse zu suchen (angiospastische Gangrän nach Strauss) und nicht als Trophoneurose zu deuten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Fall von Raynaudscher Krankheit**, von A. A. Lustig-Meran-Franzensbad. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 46.) Bei der 54jährigen Patientin, die stark neuropathisch belastet war und längere Zeit hysterische Störungen dargeboten hatte, entwickelte sich die Gangrän, teils trocken, teils feucht, namentlich an den Fingern, aber auch an den Zehen, Wangen, Ohrmuscheln und der Nasenspitze und führte zum Verluste mehrerer Fingerglieder. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Gegen fliegende Röte des Gesichts (Dartre volant)**, von SABOURAUD-Paris. (*Gaz. de Hôpit.* 1908. Nr. 110.) Neben einer Salbe von: ℞ Tannin. aetherisat., Calomel. vapore parat. āā 0,3, Vaselin. 30,0 ist zu empfehlen, dem Waschwasser für das Gesicht einen Eſslöffel von folgender Lösung zuzusetzen: ℞ Zinc. sulphuric. 7,0, Cupr. sulphuric. 3,0, Aq. destillat. 300,0. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Pathologische Anatomie und Pathogenese der Augenkomplikationen bei der Cyanosis congenita (Morbus coeruleus)**, von BAQUIS. (*Acc. med. fis. fiorentina.* 23. Jan. 1908.) Die Ursache dieser Affektion liegt in einer unzureichenden Hämatose, welche bewirkt, daſs das Blut in den Arterien venös und in den Venen „ultravenös" wird. In dem vom Verfasser beschriebenen Falle (zwölfjähriger Knabe) beruhte diese ungenügende Hämatose auf einer kongenitalen Stenose bedeutenden Grades der Arteria pulmonalis mit weitem Klaffen des Septum interventriculare. Die Veränderungen im Auge bestanden in einer „Cyanose der Retina", wie sie in einem solchen Grade niemals beobachtet worden sind. Diese Cyanose der Retina findet ihre Ursache in einer enormen Erweiterung des venösen Stammes mit disseminierten Thrombosen und Hämorrhagien. Die präkapillaren Äste der Retinaarterien bestehen in einem starken und permanenten Zustande der Verengerung, infolge einer spastischen Kontraktion und einer anatomischen Hypertrophie der Tunica media dieser Gefäſse. Diesem Spasmus liegt in dem speziellen Falle eine permanente Reizung des vasokonstriktorischen Zentrums durch den Kohlensäureüberschuſs im Blute zugrunde.

*C. Müller-Nyon.*

**Zur Kasuistik der Urticaria oedematosa**, von GLINTSCHIKOW. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1908. Nr. 33.) Beschreibung eines Falles von Urticaria mit Ödemen bei einem zwölfjährigen Knaben mit Pleuritis sicca duplex, der salicylsaures Natron (dreimal täglich zu 0,2) bekam, worauf die Urticaria sich einstellte.

*Arthur Jordan-Moskau.*

**Zur Diagnose der erythematösen Ausschläge und Exantheme**, von CHARLES A. KIRCH-New York. (*New York med. Journ.* 24. Okt. 1908.) Unter Anführung verschiedener lehrreicher Beispiele zeigt K., wie schwierig oft bei erythematös-makulösen Ausschlägen die Unterscheidung zwischen Scharlach und einfachem Erythema, zwischen letzterem und einem syphilitischen Ausschlag ist. Sodann bringt er drei Fälle von papulosquamösem Exanthem, bei welchen es sich je um Dermatitis seborrhoica, um Psoriasis und das Sekundärstadium der Lues handelte. Als verschiedenartige Beispiele von Bläschenausschlag führt er Fälle von Herpes (febrilis), Impetigo contagiosa, Schafblattern, Zoster und Scabies an, von pustulösen Eruptionen Fälle von Impetigo, Varioloid und Syphilis.

Schlieſslich werden noch von hämorrhagischen Eruptionen je einen Fall von einfacher Purpura, von Skorbut und von hämorrhagischen Blattern, der gefährlichsten Form der letzteren, angeführt. Den weiten Begriff des Ekzems läſst K. in dieser Arbeit auſser Acht. *Stern-München.*

**Die Anwendung der statischen Elektrizität in der Behandlung der Pellagra**, von ANTONESCU und PREDA. (*Revista stiintzelor. med.* Mai-Juni 1908.) Die in Rumänien weit verbreitete Pellagra ist bekanntlich eine Folge des Genusses verdorbenen Maises und muſs im groſsen und ganzen als eine unheilbare oder jedenfalls schwer heilbare Krankheit betrachtet werden. Der Hauptgrund hierfür ist der, daſs die betreffenden Patienten aus ökonomischen Gründen die Maisnahrung nicht vollständig verlassen können, folglich immer wieder Rezidiven auftreten, so daſs die im Krankenhaus erzielten Besserungen nur kurze Zeit nach dem Austritte aus dem Krankenhause noch andauern. Die Behandlung besteht namentlich in der Darreichung tonischer Mittel, Eisen und Arsenik, um die Widerstandskraft des Organismus zu er-

höhen und in der Behandlung der nervösen Störungen, die meist neurasthenische Formen annehmen. Aufser dem bekannten Erythem treten auf: Kopfschmerzen, Apathie, Ohrensausen, Schwindel, Schwäche usw. und hauptsächlich diese Erscheinungen sind es, welche die Verfasser in sehr guter Weise durch die Anwendung statischer Elektrizität haben beeinflussen können. Die Erklärung dürfte die sein, dafs durch die Franklinisation eine Erhöhung der Stoffwechselvorgänge bewirkt wird, wodurch es zu einer besseren Ernährung und zu einer bedeutenderen Ausscheidung von Toxinen kommt. Auf das Nervensystem hat das statische Bad einen beruhigenden Einflufs, so dafs sich die Patienten nach demselben viel leichter und freier fühlen als vorher. Auch die Schlaflosigkeit, der Appetitmangel und die allgemeine Unlust werden auf diese Weise in günstigem Sinne beeinflufst. *E. Toff-Braila.*

**Über neue Wege der Pellagraverbreitung,** von Balp. (*R. accadem. di medic. di Torino.* Febr. 1908.) Der Verfasser erblickt die Hauptgefahr bei der Unterhaltung und Verbreitung des Übels in Italien in der Einführung fremder Ware, welche schon deshalb minderer Qualität ist, weil die Frucht auf dem langen Transport und dem langen Stationieren in den Lagern eine progressive Veränderung mit Zunahme der toxischen Substanzen erleidet. Dies läfst sich mit Hilfe der Phenolreaktion von Gosio mit Leichtigkeit nachweisen. Die toxischen Produkte sind hauptsächlich in der Kleie und den sog. „farinette" enthalten. Das eingeführte Mehl enthält deren immer mehr oder weniger. Nun aber kommen die ökonomischen Verhältnisse und der Fatalismus der Bevölkerung als hauptsächlichste Faktoren bei der Einführung fremden Maises in Betracht, indem dieses Produkt billiger ist. Das Verbot der Einführung desselben ist somit das erste Erfordernis zur Einschränkung der Krankheitsverbreitung; vorher sind alle Bemühungen (die Provinz Bergamo hat allein Millionen zu diesem Zwecke ausgegeben) als unnütz zu betrachten. *C. Müller-Nyon.*

**Beitrag zum Studium der verschiedenen Formen von Toxidermie nach Chinin,** von P. Stancanelli. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1908. Nr. 20.) Zu den zahlreichen bis jetzt bekannten Formen dieser Kategorie von Toxidermien, kann man ferner zählen eine fixe erythemato-pigmentäre Form, welche vielleicht identisch ist mit derjenigen, die Brocq bei Antipyrinidiosynkrasie beschrieben hat. Die Ursache der Hautpigmentation ist dabei nicht in Veränderungen der chromogenen Schicht zu suchen, sondern in der Ablagerung von Melanin, das aus dem Zirkulationsstrome dorther geschleppt wurde. Dabei spielt offenbar die Malariainfektion die Hauptrolle und ist es viel weniger wahrscheinlich, dafs die Chininsalze eine Hämolyse verursacht haben. *C. Müller-Nyon.*

**Ein interessanter Fall von Chininintoxikation,** von Oskar Salomon-Koblenz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 34.) Bei einem Mädchen mit Lupus erythematosus, das $^3/_4$ Jahre vorher 18 g Chininum hydrochloricum ohne besondere Beschwerden genommen hatte, traten, nachdem im Verlaufe von 24 Stunden 0,45 Chinin verbraucht worden war, heftige Atemnot, Blutbrechen, blutige Durchfälle, Hämaturie und Blutungen in der Haut beider Unterschenkel, in der Schleimhaut des Mundes und der Nase und in der rechten Conjunctiva auf. Das ganze Gesicht wurde ödematös, die kranken Hautpartien des Gesichts wiesen unzählige kleine Hämorrhagien und dicke Blutkrusten an den Rändern auf. Frei von Blutungen blieben die am behaarten Kopfe und an den Händen vorhandenen Herde, die nicht mit anderen Mitteln vorbehandelt waren, während die Patientin im Gesicht vorher Jothionsalbe aufgelegt hatte; S. schliefst daraus, dafs die Chininwirkung durch Jod verstärkt wird. Durch Verabreichung von styptischen und analeptischen Mitteln wurde in wenigen Tagen Heilung erzielt.

Bei zwei Syphilitikern, die nach dem Vorschlag Lenzmanns intravenöse Chinininjektionen erhalten hatten, beobachtete S. unmittelbar nach den Einspritzungen

schwere ohnmachtartige Erscheinungen und Atemnot; er warnt auf Grund dieser Erfahrung vor der Anwendung der intravenösen Chinininjektionen bei ambulanten Kranken. *Götz-München.*

**Über zwei Fälle von Purpura haemorrhagica mit septischem Verlauf,** von Harry Rothschild. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1908.) Im Anschlufs an die Besprechung einiger bemerkenswerter Fälle aus der Literatur teilt Verfasser zwei Fälle von Purpura haemorrhagica mit und spricht sich im Hinblick auf diese dafür aus, dafs die Purpura haemorrhagica eine infektiöse Erkrankung darstellt, die in ihrem Verlauf mehr oder weniger einen septischen Charakter zeigt. Ein spezifischer Erreger der hämorrhagischen Diathese ist zurzeit noch nicht bekannt. Es ist mit grofser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dafs eine Gruppe von Pilzen, die den septikämischen nahestehen, die Erscheinungen der Purpura hervorrufen. *Fritz Loeb-München.*

**Über Purpura abdominalis Henoch,** von Emil Dobbeli-Bonn. (*Correspond.-Blatt f. Schweizer Ärzte.* 1908. Nr. 7, 8, 9.) Der Verfasser hält die Purpura abdominatis Henoch nicht für ein Krankheitsbild sui generis. Die bei ihr beobachteten Symptome von seiten der Verdauungswege sind nach seiner Ansicht der Ausdruck einer bestehenden Krankheit entweder des ganzen oder eines Abschnittes des Magendarmkanals, welche als das Primäre aufzufassen ist, während die Purpura und alle ihre Nebenerscheinungen als das sekundäre zu betrachten sind. Sämtliche Krankheiten des Verdauungskanals, welche eine Schädigung der Darmschleimhaut bewirken und dadurch die Resorption von Bakterien oder Toxinen ermöglichen, können bei dazu disponierten Individuen den bisher unter dem Namen Purpura abdominalis bekannten Symptomenkomplex hervorrufen. Nur durch Heilung dieser Krankheit des Verdauungstraktus sind die Purpura und ihre Nebenerscheinungen zum Verschwinden zu bringen. Daher ist es meistens nicht nötig, die Purpuraerscheinungen selber therapeutisch in Angriff zu nehmen. Im Falle dafs nach Abheilung der primären Ursache die Blutungen nicht aufhören, oder während der Dauer der Krankheit einen bedrohlichen Charakter annehmen, empfiehlt der Verfasser einen Versuch mit der von Robert Willan gegebenen Gelatinetherapie. *Schourp-Danzig.*

**Mechanische und orthostatische Purpura,** von John Eason-Leith(-Hospital). (*Edinb. med. Journ.* Aug. 1908.) Nach einer Zusammenstellung von 200 Purpurafällen ergaben sich 68 = 34%, wobei die Ursache nicht ermittelt werden konnte. Dieselbe ist in der Mehrzahl dieser Fälle wahrscheinlich mechanischer Art, wie Eason bei genauer Nachforschung der klinischen und experimentellen Tatsachen fand. Diese mechanische Ursache kann unter zwei Umständen vorhanden sein: a) wenn die vasomotorische Kontrolle der Blutzufuhr zu dem Kapillarsystem fehlt oder nicht genügt, um die Wände der Kapillaren vor zu starkem Seitendruck zu schützen, wie bei der Bierschen Vacuum-Hyperaemie usw., oder b) wenn der rückwärtige Druck zu extrem, speciell wenn Neigung zu Ungleichheit in der Gefäßinnervation (Vasomotoren) vorhanden ist. Weitere Untersuchungen sind erforderlich bezüglich des Seitendruckes bei Ruhe, Arbeit, Ermüdung usw. in den Kapillaren der Unterextremitäten bei gesunden sowohl wie bei Purpurakranken. Besonders unmittelbar nach ermüdender Tätigkeit und vor der Ruhe ausgeführte Untersuchungen würden von Nutzen bei Purpurakranken mit orthostatischen Erscheinungen sein; die Methode von v. Kries und plethysmographische Kurven könnten hierbei von Bedeutung sein. Wie die klinische Erfahrung gelehrt hat, ist Bettruhe der wichtigste Teil der Behandlung, womit auch die Ansichten, welche Verfasser bezüglich Ätiologie und Pathologie eines Teiles der Fälle geäufsert hat, übereinstimmen. *Stern-München.*

**Pathogenese der Hämaturie während und nach den Purpuraeruptionen,** von Del Vecchio. (*Soc. med.-chirurg. Anconstana.* 1908.) Der hierauf bezügliche Fall

betrifft einen zwölfjährigen Knaben, der an Influenza mit Tonsillitis erkrankte. Diese wurden bald von einer symmetrischen Purpuraeruption, zunächst an den unteren, dann an den oberen Extremitäten gefolgt, mit gleichzeitigen Anfällen von Hämaturie, welche sich späterhin in Anfällen wiederholten; diese letzteren waren jeweilen von Purpuraeruptionen und gastroenteralgischen Störungen begleitet. Im Harne wurden Cylinder und Eiweifs konstatiert, letzteres stets im Verhältnis zur Menge des im Harne enthaltenen Blutes. Die Erklärung die sich der Verfasser über die Pathogenese und den Zusammenhang dieser verschiedenen Symptome macht, sind natürlich reine Hypothesen.

*C. Müller-Nyon.*

---

## Traumatische Entzündungen.

**Zur Radikaloperation des Unguis incarnatus,** von P. Sick-Leipzig. (*Ztschrft. f. ärztl. Fortbildung.* 1908. Nr. 12.) Verfasser empfiehlt zur Radikaloperation des eingewachsenen Zehennagels folgende Methode. Zunächst wird der Nagel entfernt. Nun setzt man ein wenig geballtes Skalpell so an den senkrechten Nagelfalz, dafs die ganze entzündete granulierende Partie gegen den Nagel zu liegt und dafs das Messer mit der Schneide schräg nach aufsen gerichtet ist. In dieser Haltung wird die Spitze des Messers in Höhe des Querfalzes 1 cm tief nach oben, also gegen das Interphalangealgelenk zu eingestofsen. Bei diesem ersten Akt der Umschneidung der Nagelbettecke wird zugleich durch die Schneide des Messers der entzündete Falzwulst von dem noch normalen Seitengrad des Gliedes getrennt und letzterer mit Pinzette kräftig seitlich gezogen. Nun dreht man das Messer ohne abzusetzen um beiläufig 80°. Auf diese Weise ist das ganze Entzündungsgebiet mitsamt dem zugehörigen Nagelbett umschnitten und exzidiert. Da die Basis des Trieders im Grund der Wunde und die Spitze nach aufsen liegt, so kann nun die Wunde im Gegensatz zu der gewöhnlichen Methode vollständig zusammengeklappt werden.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Ungewöhnliche Form von Erythema pernio,** von Greco. (*Anales del Circulo med. Argentino.* Juni-Sept. 1907.) Der Fall bezieht sich auf einen 23jährigen Burschen, bei dem sich drei Jahre hintereinander, im Winter, nach Kälteeinwirkung zuerst an den Händen, Füfsen und Ohren die allbekannten Frostbeulen zeigten. Später trat aber an den Unterschenkeln ein papulöser und papulo-vesikulöser Ausschlag hinzu, mit Hinterlassen von Narben. Es würde sich somit nach der Ansicht des Verfassers um das Erythema pernio papulosum, papulo-vesiculosum von Hutchinson, Dubreuilh und Sabrazès handeln. Er meint, dafs die Kälte hier nur als eine Gelegenheitsursache gewirkt habe, während die Affektion ihre Entstehung einem infektiösen Keime verdankt, der im Organismus verweilt und bei mangelhafter Zirkulation, wie diese durch die Kälte verursacht wird, zu periodischem Ausbruche kommt.

*C. Müller-Nyon.*

---

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. No. 3. 1. Februar 1909.

## Sekundäre Gummibildung sive gummöse Lymphdrüseninfektion. Zur Klinik der Spätsyphilis.

Von

Dr. Ernst Delbanco-Hamburg.

Auf der Frankfurter Tagung der Deutschen dermatologischen Gesellschaft berichtete ich über einige klinische Beobachtungen, welche mich eine weitere Stütze dünkten für die Annahme des Vorkommens von lebendem Virus im Gumma.

Mein in gedrängter Kürze gegebenes Autoreferat lautete:

„D. hat selbst vor vier Jahren in einer Abhandlung (*Monatsh. f. pr. Derm.*) die Infektiosität des Gumma auf Grund klinischer Erfahrungen und theoretischer Überlegungen behauptet. Inzwischen haben die Affenimpfungen und der Nachweis der Spirochaeta pallida in den Spätprodukten die Pathogenese letzterer geklärt. Ein weiterer klinischer Beweis für die Existens lebenden Virus in dem Gumma ist D. ein scharf charakterisiertes Krankheitsbild, welches D. in fünf Beobachtungen vorliegt. Diese liegen zum Teil vor der Entdeckung der Spirochaeta pallida. Sie haben das Gemeinsame, daſs die späte Stellung der Diagnose und hinausgeschobene Einleitung der spez. Behandlung die Ausbildung des Krankheitsbildes erst ermöglichten. Ein pseudo-chancre rédux des Penis wird für einen Primäraffekt gehalten. Roseola und harte Drüsen werden abgewartet; sie bleiben aus. An ihrer Stelle erscheint einseitig eine tiefgreifende, von den Leistendrüsen ausgehende, die angrenzenden Bauchhautpartien beteiligende Infiltration, welche nicht zur Erweichung kommt, aber mit stark remittierenden Fieberbewegungen einhergeht. Dann erst wird die Diagnose gestellt. Primäres Gumma des Penis. Sekundäres Gumma der Weiche. Unter traitement mixte schnelle Heilung. Die klinische Überlegung schlieſst aus: 1. ein zufälliges Nacheinander zweier Gummata; 2. eine Mischinfektion, welche von der Oberfläche des primären Gumma ausgehend in den Leistendrüsen auf vorbereitetem Boden ein zweites Gumma auslöst, wie ein Trauma solches auch schon vermag. D. kommt darauf hinaus,

dafs das lebende spezifische Virus in die Weiche zu den Leistendrüsen sich begibt und hier analog den FINGERschen Experimenten in dem besonders reagierenden Gewebe das Gumma setzt.

In den kürzlich von HAHN und MAES in Hamburg herausgegebenen Vorlesungen von ENGEL-REIMERS ist dem metastatischen Gumma ein besonderer Abschnitt gewidmet und eindringlich die Genese des Gumma auf das lebende Virus zurückgeführt.

D. wendet sich zum Schlufs mit kurzen Worten der Atoxylbehandlung der Syphilis zu. Um ihren spezifischen Wert zu ermessen, verlangt er, dafs ausschliefslich und von vornherein mit Atoxyl behandelte Luesfälle geprüft werden daraufhin, in welchem Umfang sie Späterscheinungen und der Tabes und Paralyse unterliegen. Für D. ist es ein Dogma, dafs schlecht oder nicht behandelte Luiker hochgradig den Gefahren der Tabes und Paralyse ausgesetzt sind. Dieser statistischen Forderung können aber erst nach vielen Jahrzehnten spätere Ärztegenerationen genügen. Wer hätte bei solcher Erwägung den Mut, eine Lues von vornherein nur mit Atoxyl zu behandeln? Eine verfrühte und kritiklose Empfehlung des Atoxyls bezw. eines Hg-Ersatzes bedeutet nur Wasser auf die Mühle der Quecksilbergegner."

Die fünf Krankengeschichten, welche mich das mir bis dahin unbekannte festumrissene Krankheitsbild lehrten, umfassen einen Zeitraum von 4½ Jahren. Angesichts der grofsen Zahl von Kranken, welche während dieser Zeit durch meine Hände gegangen sind, glaube ich sagen zu dürfen, dafs dieses Krankheitsbild sicherlich nicht häufig ist.

Die im Auszug wiederzugebenden Krankenberichte erläutern das ungewohnte, welches sie boten und welches immer wieder von neuem die Diagnose erschwerte.

X. Y., Porträtmaler, 29 Jahre, konsultierte mich am 6. Januar 1904. Vor fünf Wochen will er sich ein Ulcus an der Corona glandis zugezogen haben. Dieses war nur langsam geheilt unter Jodoform, behandelt von anderer Seite. Nachdem es sich geschlossen hatte, war etwas oberhalb der linken Weiche eine Anschwellung erschienen. Der Patient glaubte, nicht richtig behandelt worden zu sein; eben wegen dieser unvermutet erschienenen und schnell wachsenden Anschwellung konsultierte er mich. Ich fand an der bezeichneten Stelle an der Corona glandis eine von einer festen Narbe eingenommene etwa ¾ cm im Durchmesser messende leichte Verdickung, die sich nicht wie ein Primäraffekt anfühlte und eine Diagnose nicht mehr zuliefs. Kein Lymphstrang. Etwas oberhalb der linken Leistendrüsen ein kindfaustgrofser, derber, wenig schmerzhafter, die Haut mit einbegreifender Tumor; trotz Bettruhe, die ich wegen einer leichten Fiebersteigerung sofort anordnete, trotz Eisbeutels vergröfserte sich der Tumor und entwickelte sich unter abendlichen Temperatursteigerungen bis 39,8 — morgenliche Remission bis 37,6° — zu einem die ganzen Leistendrüsen mit einbeziehenden hart anzufühlenden Paket von Mannsfaustgröfse. Die rechtsseitigen Leistendrüsen unverändert, nicht geschwollen. Die Anamnese ergab keine sichere frühere Infektion. Bei dem ausschweifenden Lebenswandel des Patienten aber

war eine frühere Lues immerhin zu erwägen, zumal wo er häufiger von einem Wundsein der Vorhaut gequält worden war. Trotzdem ich mir ohne weiteres das Nacheinander des unter Jodoform geheilten Ulcus coronae glandis und des eigenartigen „Bubo", der weder sich verkleinerte noch die Neigung zu einer Erweichung zeigte, nicht erklären konnte, entschlofs ich mich am 11. Januar Jodkalium zu geben, zog aber am 12. Januar bereits auf Bitten des Patienten einen unserer bekannten Chirurgen hinzu. Dieser riet wegen der Fieberbewegungen zu einer Probeinzision, deren Indikation eigentlich nicht recht klar war. Diese erfolgte am 14. Januar und ergab ein derbes speckiges Gewebe mit der Diagnose Gummi. Eine dünne Gewebsscheibe wurde entfernt. Von einem weiteren Eingriff wurde natürlich abgesehen. Ein energisches traitement mixte brachte die Verkleinerung des Weichengumma. Die Kur wurde bis zum 20. Februar ausgedehnt. Im Juni sah ich den Patienten dann wieder mit einem kleinen periostalen Gumma der rechten Tibia, das ein erneutes traitement mixte einleiten liefs. Die dermalige Diagnose lautete natürlich pseudo-chancre rédux des Penis, Lymphadenitis und Perilymphadenitis gummosa. Die mikroskopische Untersuchung der nicht bis zu den Drüsen reichenden Gewebsscheibe ergab eine entzündliche Infiltration, die sich besonders um die Gefäfse (Endo- und Perivasculitis), um die Talgdrüsen und Haarfollikel lokalisierte, mit einem entzündlichen Ödem. Viel war aus diesem Befunde nicht zu entnehmen.

Diese Beobachtung war meinem Gedächtnis soweit entrückt, dafs ich ihre Lehre mir nicht nutzbar machte bei dem folgenden Fall, der mir an Unbehagen reiche Stunden brachte.

Am 17. Februar 1905 konsultierte mich der 32jährige Kaufmann O. R. wegen eines an der inneren Umschlagsstelle des Präputium gelegenen kleinen, leicht elevierten und indurierten rein aussehenden Geschwürs. Jodoform. Keine Schwellung der Leistendrüsen. Kein Lymphstrang. Patient gibt an, nicht syphilitisch infiziert gewesen zu sein. Bei der offenen Art des gebildeten Mannes examinierte ich ihn nicht genauer. Am 19. Februar mufste er bis zum 8. März verreisen. Seifenbäder und Jodoform hatte er unterwegs in Anwendung gebracht. Am 9. März stellte er sich mir wieder vor Das Ulcus hatte ein etwas anderes Aussehen angenommen. Es war zweifellos mehr induriert und etwas eingezogen. Keine nennenswerte Sekretion. Rechts war ein „Bubo" in Entwicklung, der sich dann schnell unter einem stark remittierenden Fieber bis zu Mannsfaustgröfse entwickelte, keinerlei Neigung zur Erweichung zeigte, auf Druck auch nicht schmerzhaft war. Dieser eigenartige einseitige Bubo war schwer zu vereinigen mit dem „Primäraffekt", der als solcher mir keine Zweifel gesetzt hätte, die spezifischen Drüsen auf der linken Seite oder sonstwo am Körper und andere spezifische Folgesymptome aber vermissen liefs. Patient litt aufserordentlich unter dem Fieber und magerte in den wenigen Tagen deutlich ab. Die übrigen Organe ergaben keinen Befund.

Da erfuhr ich denn am 18. März auf eindringliche Befragung, dafs Patient vor acht bis neun Jahren in England an einem zu seiner Heilung etwa vier Wochen erfordernden Geschwür am Glied gelitten hatte. Die Stelle war ihm nicht mehr in Erinnerung. Da wurde mir mit einem Mal klar, dafs hier wieder ein pseudo-chancre rédux, ein Gumma des Penis mit nachfolgendem Gumma der Weiche vorlag. Meine Notizen bringen auch schon das neue der Beobachtung, über welche ich mich in der Literatur vergeblich in der Folgezeit umsah. Nur erinnerte ich mich gelegentlich von Demonstrationen, welche Engel-Reimers aus seiner Abteilung veranstaltete, von metastatischer Gummibildung gehört zu haben. Der Zufall will, dafs, als ich mich für

meinen Frankfurter Vortrag vorbereitete, die Vorlesungen von ENGEL-REIMERS[1] im Druck erschienen. Ich komme auf die Angaben von ENGEL-REIMERS noch zurück. Auch dieser zweite Fall heilte dann schnell unter einem traitement mixte. Patient blühte schnell auf. Aber erst am 15. April konnte ich ein völliges Verschwundensein des Weichengumma konstatieren.

Auch die dritte Beobachtung zeigte mich noch nicht viel erfahrener.

Am 6. Mai 1907 suchte mich der von früheren gonorrhoischen Infektionen her bekannte in seinen Angaben ganz unzuverlässige 29jährige Fruchthändler H. C. auf wegen zweier nicht heilen wollender leicht „gewulsteter" Einrisse an der äufseren Umschlagsstelle des Präputium, das übrigens stets etwas eng war. Ich riet zu einer Spaltung, die ich am 11. Mai ausführte. Die Schnittwunde zeigte — genäht hatte ich nicht — nicht die geringste Tendenz zur Granulation. Die leicht verdickten beiden Einrisse heilten ebenso wenig. Ich kann mich kurz fassen. Am 17. Mai entwickelte sich ein rechtsseitiger, derber, faustgrofser, die angrenzenden Bauchhautpartien mit einbeziehender Bubo. Nicht schmerzhaft auf Druck. Keinerlei Neigung zur Vereiterung trotz Grützeauflegens. Die Angaben des Patienten von häufigem Erbrechen, tiefer Verstimmung usw., hatte ich nur gering eingeschätzt und auf sein unruhiges Leben bezogen. Von wiederholten Aborten seiner Frau hatte ich noch nichts gewufst. Hier kam ich dann auch plötzlich zu der Diagnose, dafs die beiden so unschuldig aussehenden Einrisse des Präputium gummöse Ulcerationen waren, und dafs in ihrem Gefolge das Weichengumma sich entwickelt hatte. Ein innerliches traitement mixte brachte dann schnelle Genesung und eine starke Gewichtszunahme des Mannes.

Die vierte und fünfte Beobachtung liefsen mich endlich die Diagnose stellen.

Der 46jährige Maurer F. M. war am 21. November 1907 in meine Behandlung getreten. Hier war ein schlecht heilendes Ulcus am Rücken des Penisschaftes von anderer Seite behandelt worden. Kein Lymphstrang. Keine Sekundärsymptome. Wegen des dann linksseitig auftretenden und dem Kollegen schwer verständlichen mannsfaustgrofsen, derben, tiefgreifenden, nicht erweichenden „Bubo" — sit venia verbo — war er mir überwiesen worden. Hier konnte ich dann meine mühsam erworbene Erfahrung verwerten. Primäraffekt vor 18 Jahren. Gumma des Penis. Gumma der Leistendrüsen. Traitement mixte. Heilung.

Als ich mein Thema für den Frankfurter Kongrefs angemeldet hatte, kam mir der fünfte Fall zu Gesicht, der 37jährige Kaufmann M. W.

Vor 18 Jahren Primäraffekt. Nur eine Kur. Trotzdem eine gesunde Frau und vier blühende Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren. Aufserehelicher Coitus vor 14 Tagen. Als ich den Patienten sah am 25. April 1908, klagte er über ein kleines, etwas derbes Ulcus an der Corona glandis und leichtes Ziehen in der linken Weiche, die eine starke Schwellung der Drüsen zeigte; letzteres seit zwei Tagen. Die rechte Weiche ganz frei. Die vergangenen Tage hatten Patienten in hohem Fieber gesehen. Das phlegmatische Ehepaar hatte ärztliche Hilfe nicht erbeten, das Fieber auf eine Influenza bezogen. Ich nahm hier sofort ein Gumma des Penis an mit nachfolgendem Weichengumma. Trotzdem ich sofort Jodkalium gab, entwickelte sich das Weichengumma innerhalb der beiden folgenden Tage zu Faustgröfse. Ich punktierte unter aseptischen Kautelen den Tumor, um die so gewonnene Flüssigkeit auf die

[1] Herausgegeben von HAHN und MAES. Hamburg, Lukas Gräfe & Sillem, 1908.

Spirochaeta pallida zu untersuchen. Ich fand keine Spirochäten. Im Anschlufs an die Punktion bekam — wohl mehr propter hoc als post hoc — Patient einen Infarkt in dem linken unteren Lungenlappen, das wieder heftiges Fieber auslöste. Erst am 18. Mai verliefs Patient das Bett. Ein traitement mixte brachte auch hier die Heilung. Während des Rückganges des Drüsengumma kam es noch zu einer kleinen umschriebenen Erweichung, deren Inzision eine „Gummi"-Flüssigkeit zutage brachte.

Bei der Lektüre dieser vielleicht zu kurzen Krankengeschichten mag manchen Fachkollegen das Gefühl beschleichen, dafs er vor etwas Alltägliches, Banales gestellt wird. Sicher haben viele meiner Fachkollegen die gleichen Erfahrungen und wohl auch mit voller Diagnosenstellung gemacht. Und trotzdem bedeuten solche Erfahrungen eine Bereicherung unseres Wissens über die Klinik der Spätsyphilis. Etwas post festum kommt mein bescheidener Beitrag. Die Affenimpfungen, die experimentellen Arbeiten von FINGER und LANDSTEINER, von NEISSER, von HOFFMANN, BUSCHKE und FISCHER, der von so vielen geführte histologische und mikroskopische Nachweis der Spirochaeta pallida in den Spätprodukten der Syphilis haben die Frage von der Infektionstüchtigkeit des Gumma längst entschieden. Wie schnell wandeln sich medizinische Anschauungen! Als ich im Jahre 1904 auf Grund klinischer Beobachtungen und theoretischer Überlegungen mit Entschiedenheit für die Infektiosität des Gumma bezw. das Vorkommen des lebenden Virus im Gumma eintrat, fand ich ebensowenig Beachtung wie die nicht geringe Zahl derjenigen, welche vor mir Gleiches behauptet hatten. Ich glaube diesen in meiner Arbeit vollste Berücksichtigung gewährt zu haben. Dann hat TOMASCZEWSKI in einer ungemein präzisen Arbeit 1907 das Thema behandelt mit Berücksichtigung der inzwischen gewonnenen grofsen Tatsachen. Die Kasuistik haben VEIEL jr. und andere bereichert. Vorkommen des lebenden Virus im Gumma und Infektion der nächstgelegenen Drüsen bedeutet natürlich noch keine Infektionstüchtigkeit des Gummavirus für Gesunde, macht eine solche vom rein klinischen Standpunkt aber wahrscheinlich. An den klinischen Beobachtungen einer direkten Infektiosität des Gumma ist es so einfach, Zweifel zu hegen, weil jede klinische Beobachtung auf jeglichem Gebiet nur relative Wahrheit bedeutet. Fällt eine Beobachtung aus dem gewohnten Rahmen heraus, so zweifelt man, schmiegt sie sich hinein, so wird das klinische Dogma, wie es bis dahin gegolten hat, nur um so tyrannischer auftreten. Seit den Affenimpfungen und der Entdeckung der Spirochaeta pallida begegnen die klinischen Beobachtungen einer Infektiosität des Gumma einer weit weniger scharfen Kritik. Vergessen wir aber niemals, dafs bis zu den Tagen von SCHAUDINN und ERICH HOFFMANN nur die Klinik uns unser grofses Wissen über die Syphilis brachte. Das darf vielleicht einmal ganz scharf betont werden, jetzt wo erfahrene, alt gewordene Syphilidologen meinen, die Diagnose des Primäraffektes abhängig

machen zu müssen von dem Nachweis der Spirochaeta pallida. Es gibt ja auch Chirurgen, welche glauben, ohne Röntgenstrahlen eine Fraktur nicht mehr diagnostizieren zu können.

Gerade wo ich den rein klinischen Standpunkt auf unserem Gebiet wieder mehr gewahrt sehen möchte, dürften meine vorhin mitgeteilten Fälle zu einer verschärften Analyse Anlaſs geben. Die klinische Beobachtung denkt zuerst an ein zufälliges Neben- und Nacheinander zweier Gummata, zweitens an eine Mischinfektion, welche von der Oberfläche des primären Gumma ausgehend in den Leistendrüsen auf vorbereitetem Boden ein zweites Gumma setzt, wie ein Trauma solches auch schon vermag.

Diese zweite Möglichkeit schlieſst die weitere ein, daſs der den Pseude-Chancre rédux auslösende Reiz über das anatomische Lymphgebiet fortwirkt und auch in den Lymphdrüsen aus langem Schlaf die versenkten Keime weckt. Mit einer solchen Vorstellung kommen wir schon in das Gebiet des nebelhaften.

Die erste Möglichkeit des zufälligen Neben- und Nacheinander halte ich für so gekünstelt, daſs eine Diskussion sich kaum verlohnt. Es müſste ein eigenartiger Zufall sein, daſs bei allen fünf Beobachtungen — aus mündlicher Mitteilung weiſs ich übrigens, daſs meine fünf Beobachtungen vielfach bestätigt werden — gerade in den zu dem primären Gumma gehörenden Lymphdrüsen unabhängig von diesem primären Gumma ein zweites Gumma sich entwickelt. Gegen die zweite Möglichkeit wende ich ein, daſs Sekundärinfektionen bei einem Gumma etwas sehr Seltenes sind. (Nur zweimal erlebte ich eine sekundäre Vereiterung eines Gumma. Einmal bei einem Gumma des Sternocleido-mastoideus, das andere Mal bei einem Gumma des Pectoralis major.) Es ist auch nicht recht einzusehen, warum eine das primäre Gumma passierende Sekundäraffektion in den Drüsen nur als auslösender Reiz wirkt.

Bleibt also nur die dritte Möglichkeit, die klinische Annahme eines sekundären Gumma, vergleichbar dem anatomischen Bubo bei dem Primäraffekt. Wo wir heute wissen, daſs in dem Gumma die Spirochaeta pallida aktiv tätig ist, hieſse es überdies unnötig Schwierigkeiten sich schaffen, wollte man das sekundäre Drüsengumma anders erklären als durch eine Infektion von dem primären Gumma aus, dem Pseudo-Chancre rédux. Warum solches sekundäre Gumma nicht häufiger ist? Sicherlich ist Quantität und Qualität des im Gumma lebenden Syphilisgiftes herabgesetzt gegenüber dem im Primäraffekt, in der breiten Papel lebenden Giftes. Mit Tomasczewski möchte ich hier aber fixieren, daſs die Genese des örtlichen Spätsyphilids als solche noch ein ganz ungelöstes Problem ist.

Hier möchte ich, daran erinnernd, daſs meine ersten Beobachtungen vor der Entdeckung der Spirochaeta pallida liegen, Engel-Reimers als einen derjenigen zitieren, welcher stets mit Nachdruck das Gumma von

dem lebenden Virus abhängig gemacht und das metastatische Gumma geschildert hat. In meinen Fällen darf von einem metastatischen Gumma nicht gesprochen werden. Grundsätzlich aber komme ich auf das gleiche hinaus. Aus ENGEL-REIMERS von pietätvollen Schülern herausgegebenen Vorlesungen, welche uns einen Teil der beispiellosen Erfahrungen des hervorragenden Syphilidologen gerettet haben, möchte ich das Kapitel vom Wesen der tertiären Lues hier heranziehen. ENGEL-REIMERS zieht eine weitgehende Parallele zwischen dem Gumma und dem Carcinom. Lassen wir ihn selbst sprechen:

„Zunächst also wächst der Tumor, wie VIRCHOW gesagt hat, durch kontinuierliche Vergröſserung. Nachher aber tritt das Gesetz der diskontinuierlichen Ausbreitung hinzu; die Krebszellen werden durch den Lymphstrom in die Gewebsspalten verschleppt; wo die Zellen haften bleiben, da treten hier und dort in weiterem Umkreise des Mutterknotens sekundäre Knoten auf. Dann endlich gelangen die Zellen in die groſsen Lymphgefäſse und nunmehr kommen zum Schluſs die eigentlichen Metastasen, die Carcinome an entfernten Körperstellen hinzu. — Genau so verhalten sich die spätsyphilitischen Gummen. Zunächst wächst das Gumma durch periphere Opposition, während im Zentrum sich ein regressiver Vorgang oder ein geschwüriger Zerfall einstellt, dann treten, wie wir es bei den Knochensyphiliden der Haut sehen können, im Umkreise durch in den Lymphspalten weitergeschleppte Keime sekundäre Gummen hinzu und endlich kommen ausnahmsweise in vernachlässigten Fällen auch Gummen in entfernten Körperteilen vor. Diese frappante Ähnlichkeit der Ausbreitung der spätsyphilitischen Krankheitsprozesse mit dem Wachstum maligner Geschwülste hat VIRCHOW schon vor nahezu 40 Jahren auf Grund sorgfältiger Untersuchungen festgestellt; er hat auch schon damals betont, eine von zerfallenen Knochensyphiliden zerstörte Rückenhaut sei mit nichts anderem mehr zu vergleichen, als mit der scheuſslichen Form des Brustkrebses, der als Cancer on cuirasse bekannt ist, und er hat schon damals mit Recht gefragt, ob man wohl einen Augenblick zweifeln dürfe, wenn bei einem Individuum, das Jahr und Tag an ulcerierenden Knochensyphiliden der Haut gelitten, nun plötzlich auch Gummen in den Hoden, in der Leber, den Knochen auftreten — ob man dann zögern dürfe, diese Gummen mit den Metastasen maligner Geschwülste in Parallele zu setzen. Wie gesagt, diese Ähnlichkeit, die ja auch dazu geführt hatte, daſs man die mit Gummen durchsetzte gelappte syphilitische Leber ursprünglich als Paradigma von geheiltem Leberkrebs beschrieb, ist von VIRCHOW schon festgestellt worden, als man von den Bakterien und ihrer Propagation absolut nichts wuſste.“

ENGEL-REIMERS zieht dann die weitere Parallele mit der Tuberkulose und fährt fort:

„Genug, jetzt, wo wir dies alles wissen, da ist es wahrlich an der Zeit, diese alten VIRCHOWschen Forschungen wieder aufzunehmen und aus der absoluten Kongruenz der syphilitischen Prozesse mit dem Wachstum maligner Geschwülste und der Verbreitungsart pathogener Keime in den Geweben überhaupt den Schluſs zu ziehen, daſs es sich bei der Spätsyphilis weder um eine hypothetische Nachkrankheit noch um eine dauernde spezifische Diathese, sondern vielmehr um pathogene Keime handelt, die von der Frühperiode her hier und dort in den Geweben liegen geblieben sind, die dann urplötzlich infolge eines äuſseren Anstoſses in Bewegung und in Aktivität geraten und nunmehr Veränderungen machen, die genau dem Gesetz, das für die Verbreitung pathogener Keime überhaupt gilt, entsprechen.

„In Summa: Bauen wir unsere Schlüsse auf die Ergebnisse der pathologischen Anatomie, dann ist es nicht blofs wahrscheinlich, sondern sicher, dafs die Krankheitsvorgänge in der Frühperiode der Syphilis durch pathogene Keime bedingt sind, die im Blute zirkulieren, die allerorten im Jahre Vorgänge hervorrufen, mithin immer multiple Lokalisationen machen, dafs dagegen die Krankheitsvorgänge der Spätperiode von pathogenen Keimen abhängig gemacht werden müssen, die aus der Zeit der Frühperiode her in den Geweben liegengeblieben sind, die durch einen äufseren Anlafs in Aktivität geraten, alsdann aber in den Geweben weiterkriechen, daher isolierte oder gruppierte Krankheitsherde erregen und nur ganz ausnahmsweise vermittels des Lymph- oder Blutstroms in entfernten Körpergegenden Metastasen machen. Auf diese Weise erklärt sich dann ohne weiteres die Verschiedenheit der klinischen Krankheitsbilder in der Früh- oder Spätperiode; die Sache liegt genau so wie beim akuten Rotz und der chronischen Wurmkrankheit. Beide sind trotz ihrer totalen klinischen Verschiedenheit doch immer Effekte der nämlichen Rotzbazillen; das eine Mal nun zirkuliert dieser Bacillus frei im Blut, das andere Mal kriecht er langsam in den Gewebsspalten weiter. Die Syphilis bleibt dieselbe Krankheit von Anfang bis zum Ende; sie ändert nur ihre Physiognomie, weil ihre Verbreitungsweise eine andere wird.

Es hat viele Mühe gemacht, diese Ansicht von der Natur der Spätsyphilis, die übrigens auch von namhaften Forschern wie Neumann in Wien und Haslund geteilt wird, wissenschaftlich zu begründen. Und doch sind wir damit nur im allerersten Anfange unserer Erkenntnis. Es ist sicher, dafs der Krankheitsträger der Syphilis sehr erhebliche Modifikationen erleidet, aber wir haben absolut keine Ahnung davon, wie er dazu kommt, die Besonderheiten, die ihn in der Frühperiode auszeichnen, die Leichtigkeit, in das Blut überzugehen, temporär als intensiver lokaler Reiz auf die Gewebe zu wirken, dann aber seine irritativen Eigenschaften wieder zu verlieren und seine Rückbildung der örtlichen Erkrankungen zu ermöglichen — wir haben, sage ich, keine Ahnung davon, wie er dazu kommt, alle diese Besonderheiten einzubüfsen; wir haben keine Ahnung davon, wie es zugeht, dafs er nunmehr plötzlich schwer beweglich wird, langsam in den Geweben weiter kriecht, dafür aber das einmal okkupierte Terrain mit umso furchtbarerer Zähigkeit festhält, und, wenn die Behandlung nicht einschreitet, unaufhaltsam weitere Zerstörungen macht. Wir haben endlich keine Ahnung davon, wie er dazu kommt, mit dieser Veränderung seiner Verbreitungsweise zugleich eine andere wesentliche Eigenschaft, die Kontagiosität für Gesunde, anscheinend vollständig einzubüfsen. Hoffen wir, dafs die Bakteriologie uns über alle diese Punkte dereinst Aufschlufs gibt und uns damit zu einer wissenschaftlichen Pathologie der Syphilis verhilft."

Mit dem von Engel-Reimers so sehr in unserem Sinn gezeichneten metastatischen Gumma steht die für ihn mangelnde Kontagiosität des Gumma für Gesunde in Widerspruch. Dieser fällt fort durch die, wenn auch nicht in grofser Zahl vorliegenden, so doch einwandsfreien klinischen Fälle einer Kontagiosität des Gumma, durch die erfolgreichen Affenimpfungen mit Material der Spätperiode, durch den Nachweis der Spirochaeta pallida im Gumma.

Im lockeren Zusammenhang steht es, wenn ich für die Therapie der Spätsyphilis, das meines Erachtens lange nicht genug gewürdigte innerliche Traitement mixte hier noch einmal eindringlich empfehlen möchte.

PENZOLDT hat vor einigen Jahren in der *Therapie der Gegenwart* in einem kleinen inhaltsreichen Aufsatz die Aufmerksamkeit der Ärzte auf das alte Rezept von neuem gelenkt. Schon vor PENZOLDTs Empfehlung war es mir geläufig geworden. LEISTIKOW und ich lernten es gemeinsam kennen und schätzen bei einem Fall von Lungengumma, dessen Diagnose unser Kliniker EDLEFZEN mit Entschiedenheit gestellt hatte. EDLEFZEN empfahl uns damals die Kombination des Kalium jodatum mit dem wasserlöslichen Hydrargyr. bijodat. rubrum.

*Hydrargyr. bijodat. rubrum* 0,2—03
*Solut. kalii. jodati.* (10,0—15,0:300,0)
M. D. S. bis dreimal tägl. 1 Eſslöffel.

Niemals erlebte ich eine peinliche Nebenwirkung auf den Darm. Ich habe sogar den Eindruck, das jodempfindliche Patienten das Jod in dieser Kombination besser vertragen. Natürlich ist eine sorgfältige Mundpflege von nöten. Wie oft hat dieses Rezept mir wunderbare Dienste geleistet, wie oft die Schwierigkeiten einer Inunktionskur beseitigt, wie oft dem Hg feindlichen Patienten die Wohltaten des Hg ohne sein Wissen bescheert!

Die Wohltaten des Hg! Nicht ohne Beklemmung verfolge ich die enthusiastischen Empfehlungen des Arsen als Ersatzes des Hg. Wer sich mit Leidenschaft nach einem Ersatz des Hg umsieht, gibt den Hg-Gegnern, den Naturheilkundigen und anderen Marktschreiern eine Waffe in die Hand. Für jegliche Bereicherung der Therapie müssen wir gewiſs dankbar sein. Aber über den spezifischen Wert der Atoxyltherapie sind die Akten noch lange nicht geschlossen. Nachdem eine ganze Serie von Fällen von Atoxylerblindung bekannt geworden sind, wende ich das Atoxyl bei meinen Syphiliskranken nicht mehr an. Aber selbst wenn seine Gefahren überschätzt werden und es von ungiftigen Präparaten abgelöst wird, der spezifische Wert eines Hg-Ersatzes müſste noch ganz anders bewiesen werden. Jedes neue Mittel hat dadurch einen ganz besonders schweren Stand, zumal bei einem Gedankengang, über den ich nun einmal nicht hinwegkomme, der mir das Hg in ganz eigener Beleuchtung zeigt. Ich habe ihn nun schon wiederholt geäuſsert, möchte auch nicht damit ermüden. Für mich ist es ein Dogma, daſs Luiker, welche von vornherein unordentlich oder garnicht mit Hg behandelt worden sind, besonders hochgradig den Gefahren einer Spätsyphilis oder den noch schlimmeren Nachkrankheiten einer Tabes oder Paralyse ausgesetzt sind. Man müſste daher, um den spezifischen Wert des Atoxyls zu ermessen, schon verlangen, daſs von vornherein und nur mit Atoxyl behandelte Syphilisfälle daraufhin geprüft werden, in welchem Umfang sie den schrecklichen Krankheiten verfallen. Eine Aufgabe, welche erst spätere Ärztegenerationen zum

Abschlufs bringen können. Und für mich eine ganz unerlaubte, Gefahr bringende Aufgabe. Mögen nun die vorschreitende experimentelle Forschung und die vertiefte Einsicht in das Wesen des Syphilisgiftes unzweideutige Beweise für vollwertige Ersatzmittel des Hg bringen — eher dürfen wir an der Alleinherrschaft des Hg nicht rütteln. Das Arsen als glänzendes Adjurans des Hg haben die älteren Ärzte weit mehr als unsere Generation geschätzt und gebraucht.

---

## Die „endothelialen" Psammome der Meningen sind als Epitheliome zur Gruppe der undifferenzierten Carcinome (Basalzellenkrebse, Coriumcarcinome) gehörend aufzufassen.[1]

Von

Dr. JOHANNES FICK-Wien.

Wenn ich als Titel dieses Artikels, gegen meine sonstige Gewohnheit, eine kurze These wähle, so geschieht es nur, um in nicht mifszuverstehender Weise meine Auffassung zu präzisieren und von vornherein dem Vorwurf zu begegnen, ich würfe Psammome und Psammocarcinome zusammen. Die Schlufssätze dieser Mitteilung sind dafür um so vorsichtiger gehalten.

Das Studium gewisser Tumoren der Haut, welche früher vielfach als „Endotheliome" angesprochen wurden, sowie die Beschäftigung mit den sog. Mischgeschwülsten der Parotisgegend führte mich zu einer Durchsicht der Literatur über „Endotheliome" im allgemeinen. Auf Grund des vergleichenden Studiums der von mir an genau durchuntersuchten Haut- und Parotistumoren erhobenen Befunde, mit den Angaben der Autoren über die Endotheliome bezw. Psammome der Meningen, habe ich mir nun über die letztgenannten Tumoren eine Anschauung gebildet, welche von der heute so ziemlich allgemein herrschenden, wie ich glaube, nicht unwesentlich abweicht. Diese meine Anschauung zu veröffentlichen, halte ich für um so mehr geboten, als RIBBERT, welcher im allgemeinen den Endotheliomen mit der gröfsten Skepsis begegnet (cf. Geschwulstlehre, 1904, und zweite Ergänzung zur Geschwulstlehre, 1907), die Psammome der Meningen ohne weiteres als „Endotheliome" anerkennt, indem er sagt, die Stellung der

[1] Diese Abhandlung scheint auf den ersten Blick ein mehr allgemeinpathologisches als dermatologisches Interesse zu haben. Da aber die als „Endotheliome" geltenden Psammome auch von Dermatologen als Stütze der Diagnose „Endotheliom" mit verwertet werden, so ist eine Warnung davor, die Psammome ruhig als gesicherte Endotheliome hinzunehmen, auch im Kreise der Dermatologen nicht überflüssig. Red.

Psammome als „Endotheliome" sei genügend gesichert. Es liegt nun dadurch, daſs gerade ein Autor wie Ribbert, der an die „Endotheliom"-diagnose die rigorosesten Anforderungen stellt, die Endotheliomnatur der Meningealpsammome anerkennt, ein Urteil vor, welches die „Endotheliom"-natur der Psammome ganz gewaltig stützt und dementsprechend ist zu erwarten, daſs gerade die Psammome bezw. „Endotheliome" der Meningen sich als „Endotheliome" auch weiter behaupten werden und auſserdem zur Stütze der Diagnose „Endotheliom" bei Tumoren anderer Organe und somit auch der Haut herangezogen werden könnten, wie das bisher auch schon geschehen ist. Ich bin nun zunächst der Ansicht, daſs genau dieselben Einwände, welche Ribbert gegen die „Endotheliome" im allgemeinen geltend macht, auch gegen die Meningealendothelome erhoben werden können und werde das weiter unten näher begründen. Ferner finde ich aber an den in Rede stehenden Tumoren Eigenschaften, die es gestatten, sie den echten epithelialen Geschwülsten zuzuzählen. Daſs ich damit nicht in manche zweifellos fehlerhafte Deutungen der Autoren der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts verfalle, wird ebenfalls aus dem Nachstehenden sich ergeben.

Als Voraussetzung nehme ich an, daſs die als Psammome und die als Endotheliome der Meningen bezeichneten Tumoren histogenetisch identisch sind und betrachte ferner als histogenetisch identisch die unter diesen Bezeichnungen beschriebenen Tumoren der Hirnhäute mit denen der Rückenmarksscheiden. Mit dieser Voraussetzung befinde ich mich ja auch in vollkommener Übereinstimmung mit den Autoren.

In allen Beschreibungen der Meningealtumoren finden sich zwei Befunde vor allen Dingen hervorgehoben: erstens Zellstränge und zweitens Kalkkonkremente. Die Zellen dieser Stränge formieren Züge, Bänder, Balken, die Zellen ordnen sich in diesen Strängen vielfach durchaus epithelial an und es kommt manchmal stellenweise zu adenomartigen Bildungen dadurch, daſs die Zellen Schläuche bilden; in anderen Fällen ordnen sich die Zellen auch in weniger fest gefügten Zügen an, d. h. eine fibrilläre Zwischensubstanz ist zwischen den Zellen bemerkbar. Die verschiedenen Anordnungsformen kombinieren sich in ein und demselben Tumor. Die einzelnen Zellen dieser Zellstränge zeigen in Form und Tinktionsverhalten die gröſste Ähnlichkeit mit echten Epithelzellen sofern sie in soliden Strängen oder Schläuchen angeordnet sind, an anderen Stellen ähneln die Zellen mehr spindelförmigen bindegewebigen Elementen. Das wären kurz zusammengefaſst die Angaben der Autoren über die die Stränge formierenden Zellen. (Eine genauere Beschreibung nach Borst siehe später.) Daſs diese Zellen trotzdem nicht als Epithelzellen, sondern als Endothelien aufzufassen seien, läſst sich durch Ernsts Frage: „Woher sollen Epithelien in einen Tumor der harten Hirnhaut gelangen?" heute

doch nicht so kurzer Hand abtun wie zur Zeit als Ernst seine Arbeit schrieb (1892). Man kann heute, meine ich, nicht einfach a priori die Zellen dieser Stränge zu Endothelien stempeln und Epithel ausschließen. Epitheliale Keime können sich überall im Körper finden und gelegentlich in Wucherung geraten und möglicherweise haben wir die Annahme einer embryonalen Keimversprengung in diesem Falle gar nicht nötig. Sei dem wie immer. Ich möchte fürs erste nur feststellen, daſs die Autoren, welche die Zellstränge in den Meningealtumoren aus gewucherten Endothelien hervorgehen lassen, die groſse morphologische Ähnlichkeit der Zellen mit Epithelzellen hervorheben und will nun gleich daran erinnern, daſs in gewissen Tumoren der Haut und der Parotisgegend, überhaupt in allen „Endotheliomen“ anderer Körperstellen als die Meningen, die auffallende und auch alle Untersucher beunruhigende angebliche Epithelähnlichkeit der Tumorzellen sich dahin sehr einfach erklärt hat, daſs diese Zellen eben einfach Epithelzellen sind. Ferner sei gleich darauf hingewiesen, daſs wir jetzt durch die Untersuchungen von Unna, Kromayer, Marchand, Krompecher u. a. mit Veränderungen an echten Epithelzellen bekannt geworden sind, die für die „Endotheliomfrage“ von allergröſster Bedeutung sind. Es ist eine unbestreitbare Tatsache, daſs unter gewissen pathologischen Bedingungen Epithelzellen bindegewebigen Elementen so ähnlich werden können, daſs sie sich morphologisch von bindegewebigen Elementen absolut nicht mehr unterscheiden. Ob sie deshalb, wie Kromayer und Krompecher wollen, auch physiologisch zu bindegewebigen Elementen werden, ist eine Frage, die noch offen gelassen werden muſs. Dagegen ist für die Behauptung, daſs Endothelzellen durch gewisse Formveränderungen absolut epithelgleich werden können, seit Jahren kein tatsächliches Beweismaterial beigebracht worden. Denn die Eigenschaften, die man auf Grund der Untersuchung der „Endotheliome“ den Endothelzellen vindizierte, sind hinfällig, seit die Hauptstützen der „Endotheliome“, nämlich die Parotistumoren, die Naevi und die aus ihnen sich entwickelnden sog. Sarkome, die Cylindrome usw. teils gestürzt, teils ins Wanken geraten sind. Der Satz: echte Epithelien können — morphologisch betrachtet — zu bindegewebigen Elementen werden, steht fest; der umgekehrte Satz: Endothelien können epithelgleich werden, bedarf dringend neuerlicher Feststellung.

Was nun die Kalkkonkremente in den Psammomen anbetrifft, so entstehen sie nach Ernst aus hyalindegenerierten perivaskulären Säumen und finden sich dann im Bindegewebe zwischen den Zellbalken, auſserdem entstehen sie aber nach den Angaben desselben Autors und anderer Untersucher auch aus den die Zellstränge formierenden Zellen und finden sich dann mitten in den Zellsträngen drin. Von manchen Autoren wird dann noch hyaline Degeneration des Bindegewebes mit anschlieſsender Ver-

kalkung, unabhängig von den Gefäſsen, angenommen und auch einfache Ablagerung von Kalk zwischen den Bindegewebsfasern scheint vorzukommen. Beschrieben werden die Konkremente als kugelförmige (in der Regel), als strangförmige Gebilde, als Kalkspieſse. Ferner wird angegeben, daſs um die Konkremente manchmal ein kernfreier hyaliner Saum zu sehen sei, manchmal aber auch zwiebelschalenartig angeordnete Zellen. Solche Gebilde haben nun französische Autoren als globes épidermiques bezeichnet und dadurch ist, wie mir scheint, eine gewisse Verwirrung in die Frage der histogenetischen Stellung der Meningealtumoren gebracht worden. Es wurde widerlegt, daſs die zwiebelschalenähnlichen Gebilde epithelialer Natur seien, indem nachgewiesen wurde, daſs diese Gebilde vorwiegend aus Gefäſsen in der Weise entstehen, daſs zunächst das perivaskuläre Gewebe und die Gefäſswand hyalin degenerieren, wobei sich die Zellen konzentrisch anordnen, worauf dann Obliteration des Gefäſses, zugrunde gehen der Endothelien des Gefäſses und Verkalkung zunächst im Zentrum des Gebildes eintritt. Die zwiebelschalenartigen Gebilde sind also tatsächlich, wenn man will, endotheliale Bildungen. Damit ist aber über die Natur der Zellen, welche die Zellstränge formieren, noch nichts ausgesagt. Und wenn nun die die Zellen formierenden Stränge ebenfalls verkalken und mitten in den Zellsträngen ähnliche Gebilde entstehen, wie sie durch hyaline Degeneration und Verkalkung der Gefäſse entstehen, so folgt daraus ja noch nicht, daſs die Zellen der Zellstränge nun auch endothelialer Herkunft sind. Die Beziehung der Zellen der Zellstränge zu den Konkrementen ist für die mich hier interessierende Frage auch von sekundärer Bedeutung, denn die Konkrementbildung ist zwar ein auffallendes, aber für die Beurteilung der Histogenese recht gleichgültiges Moment. Das, worauf ich besonderes Gewicht legen möchte, ist die, wie mir scheint, viel zu wenig gewürdigte Tatsache, daſs sich bei den in Rede stehenden Meningealtumoren vielfach ein zellreiches Parenchym von einem Stroma bindegewebiger Natur unterscheiden läſst, mit derselben Schärfe, wie bei epithelialen Geschwülsten. Wenn stellenweise die Grenze von Parenchym und Stroma sich nicht genau bestimmen läſst, und wenn in manchen Exemplaren dieser Tumoren der Tumor nur aus spindeligen Zellen und Gefäſsen zu bestehen scheint, so ist damit nur eine Erscheinung gegeben, welcher wir bei anderen Geschwülsten auch begegnen, deren Epitheliomcharakter nicht mehr anzugreifen ist.

Ich fasse also die Zellbalken und Zellzüge als Parenchym des Tumors auf, welches in einem mehr oder weniger zellreichen bindegewebigen Strome im wesentlichen netzförmig angeordnet sich befindet, welches aber auch in Gestalt feiner Bänder, die nur aus frei nebeneinanderliegenden Reihen von Zellen bestehen, in die Spalten des Bindegewebes hineinwächst. Diese Parenchymzellen werden heutzutage, soviel ich sehe, allgemein als

Endothelzellen gedeutet, und zwar als Endothelzellen im Sinne RIBBERTS, also als Zellen, die identisch sind mit Gefäfs- oder Saftspaltenendothelien. Dagegen erhebe ich nun Einspruch, denn ich finde, dafs durch nichts erwiesen ist, dafs diese Tumorparenchymzellen von Endothelien welcher Art immer abstammen. Wenn die Zellbalken stellenweise ein Kalkkonkrement, das als durch hyaline Degeneration eines Gefäfses entstanden aufzufassen ist, unmittelbar umgeben und somit ein Gefäfs einscheiden, so folgt daraus nicht, dafs die Parenchymzellen extravaskulär gewucherte Endothelien sind, und wenn die Tumorzellen eine Saftspalte unmittelbar begrenzen, so folgt daraus noch nicht, dafs die Tumorzellen von der ursprünglichen Zellbekleidnng dieser Spalte stammen. Ganz abgesehen davon, dafs die Spalte gar nicht als solche präformiert gewesen sein mufs, wenn man sie im Präparat findet. Spalten und Hohlräume in solchen Tumoren entstehen ja auf die verschiedenste Weise. Alle Bilder, welche auf eine nahe Beziehung der Tumorparenchymzellen zu Gefäfsen und Spalten hinweisen, sind zunächst zweideutig und lassen sich immer auch so auffassen, dafs man ein Herantreten der Tumorzellen an das Gefäfs oder die Spalte annimmt. Ich brauche auf diesen wichtigen Punkt deswegen kaum näher einzugehen, weil die an die Endotheliendiagnose zu stellenden Anforderungen von RIBBERT in seiner bekannten Geschwulstlehre treffend ausgeführt sind, so dafs ich nichts hinzufügen könnte. Ich fordere nur dazu auf, mit diesen Postulaten auch an die „Endotheliome“ der Meningen heranzutreten und sie auch auf die Psammome anzuwenden. Warum RIBBERT selbst vor diesen Tumoren bei der Kritik der „Endotheliome“ Halt macht, ist mir unverständlich, denn diese Meningealtumoren unterscheiden sich prinzipiell durch gar nichts von allen anderen sog. Endotheliomen. — Es ist also eine reine Hypothese, wenn man die Endothelien als Matrixzellen der Tumorzellen anspricht, und somit dürfte es erlaubt sein, ebenfalls zunächst rein hypothetisch anzunehmen, dafs die Meningealtumoren aus einem Komplex epithelialer Zellen, und zwar echter Epithelien, sich entwickeln. Ich sehe vorläufig ganz davon ab, woher dieser epitheliale Geschwulstkeim stammt, ich betrachte ihn als gegeben und gehe später auf seine Entstehungsmöglichkeiten ein. Stellen wir uns nun vor, dafs dieser epitheliale Keim in ähnlicher Weise wuchert wie bei gewissen Epitheliomen der Haut und der Parotisgegend (dafs wir bei den letztgenannten Tumoren vielfach, aber durchaus nicht immer, sondern nur in einer Reihe von Fällen, einen direkten Zusammenhang mit epithelialen Organbestandteilen nachweisen können, tut vorläufig nichts zur Sache), so ergeben sich Bilder, wie sie dem entsprechen, was die Autoren „Endotheliome“ der Meningen und Psammome nennen. Die Analogien sind in manchen Fällen vielleicht versteckt, aber bei genauer Betrachtung in Fülle vorhanden. Die einzelnen Zellindividuen des Tumorparenchyms entsprechen morphologisch durchaus

den Parenchymzellen der sicher epithelialen Hauttumoren des Krompecherschen Typus. Hier wie dort sind die typischen Tumorzellen den Basalzellen der Epidermis vergleichbar, hier wie dort sind aber diese Zellen auch einer grofsen morphologischen Variabilität fähig. Hier wie dort sind es relativ (im Verhältnis für Epithelzellen) protoplasmaarme Zellen. Die Anordnung der Zellen ist die gleiche. Hier wie dort wuchern die Zellen entweder in soliden Strängen, Zügen, Bändern, Balken, oder sie bilden zierliche Figuren, oder sie ordnen sich schlauchförmig an, so dafs Drüsen ganz ähnliche Bildungen entstehen; die Zellgrenzen sind vielfach in den Komplexen keine scharfen hier wie dort, hier wie dort kommt es zu den mannigfachsten Konfigurationsänderungen der Parenchymzellen, je nach ihrem Verhältnis zueinander und zu dem Stroma, hier wie dort werden die Zellen stellenweise exquisit spindelförmig (also sie nehmen die Gestalt bindegewebiger Zellelemente an) oder kubisch (also vice versa die fraglichen Zellen werden ausgesprochen epithelähnlich). Hier wie dort ist das Verhältnis von Parenchym und Stroma teils in scharfer Begrenzung ausgesprochen, teils kommt es zu so inniger Verschmelzung von Parenchym- und Stromabestandteilen, dafs die Grenze verwischt ist und man nicht angeben kann, welche Zellindividuen dem Parenchym und welche dem ursprünglichen Stroma angehören. Hierbei darf man allerdings nicht jeden beliebigen Basalzellenkrebs der Haut zum Vergleich heranziehen, sondern mufs namentlich auch die hyalinen und mucinösen Formen der Hauttumoren sowie die Mischgeschwülste der Parotis berücksichtigen. Wenden wir uns jetzt zum Stroma, so finden wir auch hier die bemerkenswerte Analogie, dafs das Stroma weniger zu rapidem Zerfall, als zu Degeneration durch relativ langsame regressive Metamorphose neigt, hier wie dort kommt es zu ausgedehnter hyaliner Degeneration, an die sich bei den Psammomen die Verkalkung anschliefst, die ja auch in den sog. Mischgeschwülsten der Parotis vorkommt und hier nur nicht so häufig ist und somit nicht so sehr der Geschwulst einen bestimmten Stempel aufdrückt, wie dies bei den Psammomen der Meningen der Fall ist. Wenn im Stroma der Meningealtumoren die Verkalkung eine in die Augen fallende Rolle spielt, so ist das doch nur ein Moment von sekundärer Bedeutung und die Bezeichnung „Psammom" für diese Tumoren geradeso unzweckmäfsig, wie etwa die Bezeichnung Chondro-Myxosarkom für gewisse Exemplare der Parotismischgeschwülste. In beiden Fällen wird ein auffallendes, die histogenetische Stellung des Tumors aber gar nicht berührendes Moment in den Vordergrund gerückt. Geradeso wie die Chondro-Myxosarkome der Parotis nichts anderes sind als Epitheliome mit mucinöser und myxomatöser und chondromatöser Umwandlung des Stromas, so sind die Psammome auch nichts anderes als Epitheliome mit zunächst hyaliner Entartung des Stromas und anschliefsender Verkalkung. Die hyaline Degeneration des

Stromas gehört mit zu denjenigen Momenten, welche als charakteristisch für die „Endotheliome“ gelten. Da nun aber diese „Endotheliome“ sich als Epitheliome entpuppt haben (Parotisgeschwülste), so hat man kaum mehr das Recht, das reichliche Vorhandensein hyaliner Degeneration als Stütze der Endotheliomdiagnose zu verwenden, sondern es verschiebt sich die diagnostische Bedeutung gewisser Stromavorgänge total, und was charakteristisch war für „Endotheliom“, mufs doch nun charakteristisch für gewisse Epitheliome werden.

So einfach und naheliegend diese Konsequenz ist, so wird sie doch noch nicht überall gezogen, nicht einmal theoretisch, geschweige denn in praxi, und so werden heute noch Eigentümlichkeiten des Baues gewisser Tumoren als Regulativ der Diagnose „Endotheliom“ verwertet, obgleich diejenigen Tumoren, an denen man die für die Diagnose „Endotheliom“ mafsgebenden Lehrsätze stipulierte, sich als Epitheliome erwiesen haben oder doch eine sehr schwankende Stellung einnehmen, so dafs man aus ihnen keine allgemeinen Regeln ableiten darf. Doch betrachte ich es hier nicht als meine Aufgabe, mich mit den „Endotheliomen“ im allgemeinen näher zu befassen, das würde viel zu weit führen. Ich möchte nur auf einen Circulus vitiosus hinweisen, der sich anschaulich etwa so formulieren läfst: Ein Tumor A wird als „Endotheliom“ gedeutet, ein Tumor B wird auf Grund gewisser gemeinsamer Momente im Aufbau mit A hinsichtlich der Genese identifiziert. Weitere Autoren verwenden dann den Tumor B[1], um nachzuweisen, dafs ein Tumor A[1] ein Endotheliom sei. Es bildet sich auf Grund der Beobachtungen der Tumoren der Reihe A und B ein Lehrsatz, der angibt, was alles für ein Endotheliom charakteristisch sei. Jetzt stellt sich heraus, dafs die Tumoren B sichere Epitheliome sind, denn man findet in ihnen typisches Epithel (konzentrisch geschichtete Zellkomplexe mit Protoplasmafasern), man findet ferner eindeutige, mit epithelialen Organbestandteilen zusammenhängende Tumoren, die in ihrem Bau dem entsprechen, was für „Endotheliome“ angeblich als Norm galt. Also die Tumoren der B-Reihe werden als Epitheliome erkannt und auch anerkannt. Anstatt nun auch die Tumoren der A-Reihe als Epitheliome aufzufassen oder doch wenigstens ihnen mit neuer Kritik zu begegnen, bleiben nicht nur die Tumoren der A-Reihe „Endotheliome“, sondern es bleiben, und das ist schlimmer, die allgemein geltenden Lehrsätze bestehen.

Dafs die Verkalkungen bei den Meningealtumoren so in den Vordergrund treten, ist zum Teil durch den grofsen Gefäfsreichtum des Mutterbodens zu erklären. Die hyaline Degeneration bevorzugt zunächst die Gefäfswände, wo zahlreiche Gefäfse dort auch vielfach Gelegenheit zu Verkalkungen geben; aufserdem ist in Betracht zu ziehen, dafs die Meningen ja auch de norma eine Prädilektionsstelle für Verkalkungen sind.

Ich finde somit in allen für die Beurteilung der Histogenese wesentlichen Punkten eine Gleichartigkeit des Aufbaues der Meningealpsammome einerseits, der Parotismischgeschwülste und weiter gewisser Hauttumoren andererseits. Ich möchte nur noch darauf hinweisen, dafs ebenso wie bei den Parotistumoren auch bei den Meningealtumoren sowohl parenchymreiche Exemplare als auch parenchymarme Exemplare zur Beobachtung kommen, und dafs in ein und demselben Tumor die quantitativen Ver-

hältnisse des Parenchyms und des Stromas der verschiedenen Stellen in weiten Grenzen schwanken. Auf die ungeheure Mannigfaltigkeit der Bilder werfen die zahlreichen Namen, mit welchen die verschiedenen Untersucher die sog. Mischgeschwülste der Parotis bezeichneten, ein grelles Licht, und es wird denn auch mit als Charakteristikum der „Endotheliome" angeführt, daſs es Tumoren seien von chamäleonartiger Beschaffenheit, Tumoren, die Bilder von epithelialen Krebsen einerseits, von Sarkomen andererseits vortäuschen könne. Nun stellt die weitere Forschung fest, daſs diese Bilder von ungeheurer Mannigfaltigkeit von echten Epitheliomen geliefert werden, daſs die die verschiedenartigsten Bilder darbietenden Parotistumoren z. B. Epitheliome sind, daſs es Epitheliome gibt, die von den längst bekannten Bildern epithelialer Geschwülste so hochgradige Abweichungen zeigen, daſs nur flieſsende Übergänge zu leicht deutbaren Bildern die richtige Diagnose, nämlich Epitheliom, ermöglichen, und daraus folgt denn doch, daſs die groſse, angeblich den „Endotheliomen" nachgesagte Mannigfaltigkeit eben bei Epitheliomen vorkommt und nun für die Epitheliome doch mindestens in demselben Maſse charakteristisch ist und dieselbe Dignität bei der Diagnose beanspruchen kann, wie sie bisher bei der „Endotheliomdiagnose" in Rechnung gesetzt wurde. Aus dieser Mannigfaltigkeit ergibt sich, worauf ich schon oben hinwies, natürlich auch, daſs man nicht jeden beliebigen Meningealtumor mit jeder beliebigen Mischgeschwulst der Parotis oder mit jedem beliebigen Basalzellenkrebs der Haut vergleichen darf.

Ich gebe jetzt wörtlich wieder, was Borst — der den „Endotheliomen" einen weiten Raum gewährt, der also gewiſs nicht tendenziös zugunsten der Epitheliome schildert — über die in Rede stehenden Meningealtumoren sagt. Borst bespricht zuerst die Kalkkonkremente und fährt dann fort: „Neben den als charakteristischer Geschwulstbestandteil nunmehr genugsam behandelten Kalkkörpern findet sich in den Psammomen häufig ein sehr mannigfaltig entwickeltes System endothelialer Zellwucherungen. Je nachdem bindegewebiges Stützgerüst und Gefäſse entwickelt sind, ist das mikroskopische Bild verschieden. Das bindegewebige Stroma kann so reichlich sein, daſs die Geschwulst einem Fibrom sehr ähnlich sieht, dann sind die endothelialen Zellstränge, die wahrscheinlich aus einer Wucherung der Lymphspaltenendothelien hervorgehen, in den Hintergrund gerückt oder bilden dichtgefügte Faszikel, die sich mit den Bindegewebsbündeln verflechten und nicht leicht von ihnen zu trennen sind, zumal sie anscheinend selbst Interzellularsubstanz bilden können. [Das letztere läſst also Borst in suspenso. Anmerk. d. Ref.] Andererseits kann, wie in einem Falle von Ernst, der Gefäſsreichtum ein sehr bedeutender sein, so daſs das bindegewebige Stroma zurücktritt und man ein regelloses Gewirr von dicht gedrängten (hyalin entarteten) Kapillaren vor sich hat, zwischen denen der zur Verfügung stehende Raum durch plexiform verbundene Endothelstränge besetzt erscheint. Andere durch mächtige Gefäſsproliferation ausgezeichnete Psammome lassen engere Beziehungen zwischen den Gefäſsen und Geschwulstzellen erkennen, indem letztere als dicke mantelartige Umhüllungen um die Gefäſse angeordnet erscheinen. Hier geht man wiederum auf die Perithelien zurück, durch deren Wucherung die perivaskulären Zellmäntel erzeugt werden sollen. Während in solchen Fällen also teils das Bindegewebe, teils

**die Gefäfse präponderieren, beherrscht in andern die endotheliale Wucherung das Feld, indem eine mehr alveoläre Struktur hervortritt und wir Nester und Stränge endothelialer Zellen zu Gesicht bekommen, innerhalb welcher nun die reichlichsten und mannigfaltigsten Zellschichtungen mit hyaliner Entartung der Zellen und Zellenkomplexe und mit sekundären Verkalkungen derselben beobachtet werden.“ (Lehre von den Geschwülsten, S. 378.) An einer andern Stelle (Lubarsch-Ostertag, Ergebn. 9. Jahrg.) sagt derselbe Autor über Tumoren des Rückenmarks: „Es kommen flächenhaft ausgebreitete Endotheliome vor, die manchmal durchaus adenomartigen Charakter darbieten, indem sie drüsenartige Schläuche mit kubischen Zellen produzieren.“**

Setzen wir in dieser Schilderung überall statt Endothel und endothelial Epithel und epithelial, so ergeben sich Bilder, wie sie, abgesehen vom Gefäfsreichtum und den Verkalkungen, gewisse sicher epitheliale Tumoren der Haut und besonders der Parotisgegend zeigen. Dafs aber der Reichtum an Blutgefäfsen und die Verkalkungen auf Besonderheiten des Mutterbodens, in welchem die epithelialen Tumorzellen sich ausbreiten, beruhen können und für die Beurteilung der Histogenese irrelevant sind, wurde schon erwähnt. Den grob anatomischen Bau der Geschwulst beeinflussen der Blutgefäfsreichtum und die Verkalkungen natürlich bedeutend und ich werde mich nicht wundern, wenn mancher über meine Auffassung zuerst ganz entsetzt sein wird. Bei genauerem Eingehen auf diejenigen Momente aber, auf die es ankommt, die ausschlaggebend sind für die Histogenese, wird doch vielleicht mancher mir beistimmen können oder doch wenigstens meine Auffassung als diskutabel ansehen. Ältere Autoren haben ja auch vielfach die in Rede stehenden Meningealtumoren als Epitheliome aufgefafst, nur bedeutete damals Epithel vielfach dasselbe, was wir heute als Endothel bezeichnen, insofern als von Gefäfsepithelien gesprochen wurde. Das geht z. B. aus einem kurzen Artikel Virchows (*Virchows Archiv*, Bd. 160) hervor, ist übrigens wohl allgemein bekannt. Als Epitheliome in dem Sinne, wie ich es meine, haben vielleicht einige französische Autoren die Meningealtumoren aufgefafst. Sonst scheinen alle Autoren bezüglich der endothelialen Genese der Tumorzellen einig zu sein und nur bezüglich der genaueren Präzisierung der Endothelzellen (Blut- oder Lymphgefäfsendothel oder Lymphspaltenendothel oder endothelialer Belag der unteren Durafläche) besteht Meinungsverschiedenheit. Ich bin bei meinen Ausführungen ausgegangen von dem hypothetischen Vorhandensein eines epithelialen Keimes in den Meningen. Dafs das Vorhandensein eines solchen heute nicht mehr so ohne weiteres von der Hand zu weisen ist, wie 1892 (Ernst), wird man mir wohl ohne weiteres zugeben. Epitheliale Keime können sich überall infolge einer Entwicklungsstörung finden und es ist wohl möglich, dafs die in Rede stehenden Tumoren der Meningen von embryonal verlagerten Keimen ihren Ausgang nehmen. Aber noch eine andere Erklärung ist möglich. Ich erinnere an die Arbeit von M. B. Schmidt, in welcher dieser Autor den Nachweis zu führen

sucht, daſs die „Sarkome" der Dura mater ausgehen von dem Zellbelag der Pacchionischen Granulationen und von Zellhaufen, die unabhängig von Pacchionischen Granulationen von der Arachnoidea in die Dura hineinragen. M. B. Schmidt fand solide Zellsprossen verschiedener Gröſse und von diesen Übergänge zu tumorartigen Bildungen und echten Tumoren. Die Epithelähnlichkeit dieser Zellen hebt M. B. Schmidt hervor; er bezeichnet sie aber als Endothelzellen, weil die Zellen, welche die Pacchionischen Granulationen decken, Endothelien seien, welche stellenweise eben diese Granulationen in mehrfacher Schicht bedeckten. Mit den Befunden Schmidts kann man aber meine Auffassung auf zweierlei Weise vereinigen. Entweder sind die Zellen, welche in mehrfacher Schicht die Pacchionischen Granulationen decken, echte Endothelien, dann braucht man aber nur anzunehmen, daſs die Tumorzellen garnicht aus ihnen hervorgehen, sondern von anderswoher sich an sie anlegen, also eine sekundäre Anlagerung, oder aber die Zellsprossen Schmidts und die Zellbeläge der Pacchionischen Granulationen sind der Ausgangspunkt der Tumoren, aber es sind echte Epithelien. Denn woher weiſs man, daſs diese Belagzellen Endothelien sind? Sind es nicht vielmehr Zellen die analog den Zellen, welche die serösen Häute bekleiden, als echte Epithelien zu gelten haben. Ich möchte mich nicht in Detailhypothesen einlassen, sondern nur darauf hinweisen, daſs gerade in den Hüllen des Gehirns die präzise Definierung der zelligen Elemente als ektodermale und mesenchymale doch wohl noch nicht endgültig erledigt ist. Woher stammen beispielsweise die pigmentierten Zellen der Pia? Sind es wirklich pigmentierte Bindegewebszellen? Man hat diese Zellen mit den pigmentführenden Zellen der Cutis identifiziert. Woher stammen nun diese letzteren? Die Frage ist ja noch nicht ganz entschieden, aber manche Autoren leiten doch die pigmentführenden Zellen des Papillarkörpers von der Epidermis ab, sehen sie als abgetropfte Epidermiszellen an. Woher stammen die Zellen der intima Pia? Den Zellbelag der Pia bezeichnet man als Endothel, dagegen den Zellbelag der Zotten der Adergeflechte als Epithel. Damit möchte ich nun nicht auf die bekannte Kontroverse, was als Epithel, was als Endothel zu bezeichnen sei, hinweisen, sondern die letzten Fragen und Hinweise sollen vielmehr darauf aufmerksam machen, daſs man bei den Meningealtumoren eventuell nicht allzuweit auf die Suche gehen muſs, wenn man ihren epithelialen Ursprungskeim feststellen will. Ich betrachte die Tumorzellen der Psammome und Endotheliome als echte Epithelien, ganz gleichgültig, wie man die Grenze zwischen Epithel und Endothel theoretisch bestimmt. Als Epithelien also, die gleichwertig sind echten Drüsenepithelien, der Epidermis usw. und will mit den letzten Ausführungen nur motivieren, daſs es für mich nichts Auffallendes hat, auch in der Dura einem Epitheliom zu begegnen. Quellen, aus denen die Epithelzellen stammen

können, sind in nächster Nähe reichlich vorhanden. Es liegt a priori gar kein zwingender Grund vor, die Meningealtumoren als „Endotheliome" aufzufassen, die, wenn wir uns RIBBERT anschliefsen, und somit diese „Endotheliome" als die einzigen genügend gesicherten betrachten, ohne Analoga dastehen müfsten, während man auf vielfache und sehr wesentliche Analogien stöfst, wenn man, wie ich dies tue, in diesen Tumoren Geschwülste vom Typus der undifferenzierten Krebse der Basalzellenkrebse oder Koriumcarcinome sieht.

Ich fasse nun zusammen. Die Psammome der Meningen verdienen ebensowenig den Namen „Endotheliom" wie die unter diesem Namen beschriebenen Tumoren anderer Organe, speziell der Haut, der Parotisgegend des Gaumens usw. Es handelt sich um Tumoren, welche aus einem Parenchym bestehen, für dessen Zellen ein genetischer Zusammenhang mit Endo- oder Perithelien nicht erbracht wurde und aus einem Stroma, welches eine besondere Neigung zu hyaliner Degeneration mit anschliefsender Verkalkung darbietet. Läfst sich somit einerseits behaupten, dafs für einen Ursprung der Parenchymzellen aus Endothelien kein direkter Beweis vorliegt, so läfst sich andererseits durch den Hinweis auf vielfache und sehr wesentliche Analogien im Aufbau der Meningealtumoren mit dem Aufbau solcher Tumoren, welche früher ebenfalls vielfach als Endotheliome gedeutet, die aber jetzt als Epitheliome sichergestellt sind, behaupten, dafs die Parenchymzellen der Meningealtumoren von epithelialen Zellen ihren Ursprung nehmen. Die Diagnose „Endotheliom" läfst sich im Hinblick auf die in den letzten Jahren an sicheren Epitheliomen gewonnenen Erfahrungen auch nicht einmal mehr per exclusionem stellen, geschweige denn direkt.

Ich schliefse mit dem Satze: Die Psammome der Meningen bedürfen einer vorurteilsfreien Neubearbeitung und zwar dringend, damit diese „Endotheliome" — die die ersten waren (GOLGI 1869) und jetzt die letzten sind (RIBBERT 1904 und 1907) — nicht weiter als Stützen der Diagnose „Endotheliom" verwertet werden, die für die Psammome der Meningen durchaus ebenso wenig als berechtigt gelten kann, wie für alle andern sogenannten Endotheliome. Bei dieser Neubearbeitung ist zu verlangen, dafs die Tumoren restlos durchuntersucht werden. Denn es ist a priori möglich, dafs in diesen Meningealtumoren gerade so wie in den Mischgeschwülsten der Parotis an versteckten Stellen, auf ein sehr kleines Gebiet beschränkt, und nur in seltenen Fällen Zellkomplexe vorkommen könnten, wo an den Tumorparenchymzellen typische Epithelfasern auftreten. Das wären dann tatsächlich Globes epipermiques. Ich erinnere daran, dafs in den Parotistumoren solche echte epidermoidale Bildungen sehr viel häufiger zur Beobachtung kommen, seit man nach ihnen sucht. Die Möglichkeit, dafs man in den Meningealtumoren solche auch dem

größten Freunde der „Endotheliome“ einleuchtende Bilder nicht wird, erheben können, lasse ich natürlich auch offen, denn gerade so, wie es in den sogenannten Mischgeschwülsten der Parotis in zahlreichen Exemplaren (etwa die Hälfte der Fälle) überhaupt nicht zur Bildung epidermoidaler Zellkomplexe mit Epithelfasern kommt, ist die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, daſs bei den Meningealtumoren solche Bildungen niemals zustande kommen. Die undifferenzierten Krebse zeigen ja, wie es scheint, bei der Produktion der so ungeheuer mannigfaltigen Bilder ein Abhängigkeitsverhältnis vom Mutterboden, insofern als in der Haut der eine Typus des Aufbaues mehr verherrscht, bei den Parotis und Gaumentumoren ein anderer; so sind z. B. die eine stark ausgeprägte hyaline und mucinöse Degeneration des Stromas zeigenden Exemplare in der Haut relativ selten, in der Parotisgegend häufig; in den Basalzellenkrebsen der Haut kommt es häufig an einzelnen Stellen zur Bildung von Kankroidperlen (häufig natürlich nur im Verhältnis zu den Parotistumoren) in den Parotismischgeschwülsten relativ selten. Die Verschiedenheit des Mutterbodens ist also in Rechnung zu setzen und es ist nicht zu erwarten, daſs ein Meningealtumor genau ebenso aussehen wird, wie ein Tumor der Haut. Aber in allen für die Beurteilung der Histogenese wichtigen Punkten dürften sich bei vorurteilsfreier Bewertung der Befunde die weitgehendsten Analogien finden.

Die Literatur über Psammome findet sich zusammengestellt von M. Winkler: „*Virchows Archiv*“, 178. Von Mönkeberg: „Lubarsch-Ostertag, *Ergebnisse*“, 10. Jahrg., 1906. Auſserdem verweise ich besonders auf die neuen Arbeiten von Krompecher in „*Zieglers Beiträgen*“, 1908, Bd. 44.

---

## Fachzeitschriften.

### Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 93, Heft 3. Dezember 1908.

1. **Über das Kombinationsbild der idiopathischen Hautatrophie und herdförmigen Sklerodermie,** von G. Nobl-Wien. Ein junges Mädchen von 14 Jahren zeigt auf dem Rücken eine von der Spina scapulae bis zur sechsten Rippe reichende, streng halbseitige Veränderung der Haut, die in allen Details die Charakteristika der idiopathischen Hautatrophie aufweist, aber auſserdem zwei inmitten des rarefizierten Gebietes gelegene, etwa in der Höhe der dritten Rippe eingeschaltete, tumorartig vorspringende, scharf umschriebene Krankheitsherde von äuſserst derbem Gefüge trägt. Klinisch wie histologisch sind diese Herde als keloidähnliche Sklerodermie aufzufassen. Der klinisch verfolgbare Entwicklungsgang der Erkrankung ergibt keinerlei Hinweis darauf, daſs es sich hier um verschiedene Entwicklungsstufen eines Leidens handele; vielmehr ist das Symptombild als Kombination beider Läsionen anzusprechen, wenngleich eine einheitliche Abstammung annehmbar erscheint.

2. **Über die Entstehung und die Histologie der subcutanen syphilitischen Gummen,** von Hans Géber-Kolozsvár. Verfasser hat in der dermatologischen Klinik von Prof. Philippson in Palermo Gelegenheit gehabt, in vier Fällen kleine syphilitische Gummen mikroskopisch zu untersuchen und kommt zu dem Schlusse, daſs das Gumma histologisch sich von anderen chronischen Granulationsgeschwülsten nicht unterscheidet, was die Ansammlung und Art der Zellen anlangt; auch die groſse Zahl von Riesenzellen war nicht bemerkenswert, wie häufig in der Literatur behauptet, „denn seit Flemming kennen wir die Wucheratrophie der Fettzellen und diese kommen zur Geltung, weil sich eben das Gumma im Fettgewebe entwickelt". Dagegen war als konstanter Befund eine Phlebitis obliterans nachzuweisen, von welcher das ganze im Bereich des Gummas liegende Venennetz befallen ist; da die Arterien und Kapillaren, soweit sie durch das entzündliche Gewebe verlaufen, keinerlei ähnliche Veränderungen zeigen, erscheint es naheliegend, die Phlebitis unabhängig von dem entzündlichen Prozesse im Gewebe entstanden aufzufassen und sie als primäre Veränderung anzusehen, von der alle anderen Veränderungen abhängen. Der Arbeit sind 13 Abbildungen auf vier Tafeln beigegeben.

3. **Verdoppelung des Nagels am rechten Mittelfinger nach einem Trauma,** von Anton Siding-Wien. Eine 76jährige Frau, die im Alter von 15 Jahren eine Riſsquetschwunde davontrug dadurch, daſs sie mit dem Finger in die Walzen einer Maschine geriet. Wann die Bildung des doppelten Nagels auftrat, war nicht zu eruieren. Die Verdopplung war derart regelmäſsig, daſs man an kongenitale Entstehung denken konnte.

4. **Studien über die Bedingungen des positiven oder negativen Ausfalls der Gramfärbung bei einigen Bakterien,** von Axel Cedercreutz-Helsingfors. Nach der Ansicht der meisten Autoren ist die spezifische Färbbarkeit der Bakterien in erster Reihe von ihrer chemischen Zusammensetzung abhängig, und diese wird von dem Nährboden, auf welchem die Bakterien gewachsen sind, zum groſsen Teil bestimmt. Zwischen den Bedingungen der Säurefestigkeit und den Bedingungen des positiven Ausfalls der Gramfärbung sind groſse Analogien vorhanden. So geht aus den Versuchen von C. hervor, daſs einige Gram-negative Bakterien, wenn sie in Butter, in Weizenstärkekleister oder in Hühnereiweiſs aufgeschwemmt sind, sich nach Gram färben. Daſs dieses Gram-Positivwerden einfach durch physikalische Ursachen bedingt sei, etwa so, daſs die Medien durch Umhüllen der Mikroorganismen ihnen neue Farbenverhältnisse geben könnten, erscheint ausgeschlossen, weil andere, z. B. Gonokokken, hierbei nicht Gram-positiv wurden. In ähnlicher Weise konnten einzelne Gram-positive Bakterien durch Verdauung in Pepsin-, in Papayotin- und in Pankreonwasser Gram-negativ gemacht werden. Wesentlich erscheint, daſs Tochterkulturen in solcher Weise veränderter Bakterien wieder die ursprüngliche Färbung annahmen, eine Vererbung der veränderten Eigenschaften also nicht nachgewiesen werden konnte.

5. **Biologische Untersuchungen bei Pemphigus vulgaris,** von Carl Bruck-Breslau. Aus den Pemphigusblasen einer 45jährigen Frau, die seit fünf Monaten an kontinuierlichen Eruptionen litt, wurde Blasenflüssigkeit steril entnommen; dieselbe erwies sich beim Kulturversuch in Bouillon, auf gewöhnlichem und auf Ascitesagar steril, und ergab bei der Prüfung mit Blutserum dieser und eines anderen Pemphiguspatienten nach der Methode der Komplementablenkung nach Wassermann völlig negative Resultate. Dagegen erwies sich die Blasenflüssigkeit für weiſse Mäuse tödlich, was nicht der Fall war bei subcutaner Injektion der Flüssigkeit aus Kantharidenblasen und von frischem normalen menschlichen Serum. Dieses so nachgewiesene Toxin erwies sich durch Versuche an normalem gewaschenen Menschenblut als ein ziemlich starkes, gegen Menschenblut gerichtetes Lysin. Der Verdacht, daſs es sich

um ein bakterielles Toxin handele, wurde bestärkt durch den Befund von mäusepathogenen Streptokokken in der Flüssigkeit getrübter Blasen desselben Falles. Dafs in der Tat bakterielle Toxine nicht ohne Einflufs auf die Haut Pemphiguskranker sind, ging weiterhin daraus hervor, dafs Cutanimpfungen bei einem anderen, zurzeit eruptionsfreien Pemphiguskranken mit der sterilen Blasenflüssigkeit typische Pemphigusblasen ergaben, die übrigens in wenigen Tagen wieder abheilten.

6. **Ein Fall von Keratitis bei einem jungen Kaninchen (Hereditärsyphilis?),** von A. Wiman-Stockholm. Ein mit Syphilis in die vordere Augenkammer infiziertes Kaninchen bekam nach fünf bis sechs Wochen, als ihre Keratitis in der Entwicklung war, acht Junge, von denen eines, als es nach etwa drei Wochen die Augen öffnete, eine floride Keratitis mit Spirochätenbefund zeigte. W. neigt zur Annahme einer hämatogenen Infektion während des intrauterinen Lebens.

7. **Lichen ruber planus als Familienerkrankung,** von Fritz Veiel-Canstatt. Eine mehr als zehn Jahre in Beobachtung stehende Familie, von der Vater und Tochter wiederholt, der Sohn einmal typischen Lichen durchmachten, während derselbe bei der Mutter, die gelegentlich anderer Hauterkrankung zu verschiedenen Malen zur Beobachtung kam, nie nachweisbar war. Der erste Fall, bei dem sich der Vater und Kinder erkrankt zeigten, während sonst in der Literatur nur Mutter und Kinder und weitaus häufiger nur Geschwister als erkrankt beschrieben wurden. „Es gibt ohne Zweifel Familien, in denen eine gewisse hereditäre Disposition für Lichen ruber planus zu konstatieren ist, das Wort „Disposition“ hierbei im weitesten Sinne gefafst.“

8. **Beitrag zur Kenntnis der Pityriasis rubra Hebrae,** von W. Foster-Frankfurt. Der einzige in der Klinik Herxheimer zur Beobachtung gekommene Fall von F., der einen 54jährigen Mann im atrophischen Endstadium des Leidens betraf. Die ersten Veränderungen datierten nach der Anamnese 15 Jahre zurück. Eine gleichzeitig bestehende Lungentuberkulose, die bei der Sektion als frischer kavernöser Prozefs in der linken Lungenspitze neben älteren, z. T. narbig ausgeheilten Veränderungen nachgewiesen wurde, flackerte während des Aufenthaltes des Patienten in der Klinik frisch auf und half zweifellos den Marasmus und das letale Ende beschleunigen, das nach etwa fünfmonatiger Beobachtung eintrat. Erörterung der verschiedenen über den Zusammenhang zwischen Pityriasis und Tuberkulose aufgestellten Theorien. Genaue histologische Untersuchungen der Hautveränderungen.

*W. Lehmann-Stettin.*

---

**Dermatologisches Centralblatt.**

Band XII, Heft 3. Dezember 1908.

1. **Das Hidrocystom,** von Max Joseph-Berlin. Klinischer Vortrag an der Hand mehrerer eigener Fälle und unter Eingehen auf die bisher darüber erschienene Literatur.

2. **Ein neues Penoskrotalsuspensorium,** von E. W. Bergman-Stockholm. Am Hodenbeutel ist ein schlauchartiger Gliedhalter angebracht, der nach aufwärts fixiert und am Gürtelband befestigt wird und zur Hochhebung und Fixierung des Gliedes dienen soll, in erster Linie bei inflammatorischer Phimosis, ödematöser Schwellung, nach operativen Eingriffen usw. Doch hält Verfasser auch beim Tripper die vertikale Höhenlage des Penis für wünschenswert, um eine Ansammlung des Eiters am Angulus penoskrotalis zu verhindern, und meint, dafs die praktischen Erfahrungen dagegen sprechen, dafs der Eiter nicht abfliefsen oder eine Infektion der Pars posterior leichter zustande kommen könne.

*W. Lehmann-Stettin.*

---

**Dermatologische Zeitschrift.**

1908. Heft 11.

**Über die Cutis verticis gyrata (Unna)**, von Franz von Veress - Kolozsvár. V. beobachtete im Verlaufe eines halben Jahres elf Fälle von Cutis verticis gyrata, von der bisher nur Jadassohn und Unna (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 45, S. 227) je drei Fälle beschrieben haben. Die Affektion besteht in einer Furchung des hinteren und oberen, manchmal auch des seitlichen Teiles der Kopfhaut, die Furchen verlaufen entweder alle senkrecht oder zum Teil senkrecht, zum Teil wagerecht oder auch unregelmäſsig gekrümmt; die veränderte Hautpartie ist im Verhältnis zum Schädel erweitert, sie läſst sich auf diesem leicht verschieben und ist im übrigen makroskopisch vollständig normal. In den bisherigen Fällen handelte es sich um meist kräftige, über 20 Jahre alte Männer, von denen nur einer rotblondes, die übrigen dunkles, gewöhnlich schwarzes Haar hatten; bei Frauen ist die Affektion bis jetzt nicht festgestellt worden.

In zwei Fällen konnte V. ein gefurchtes Hautstück exzidieren. Die histologische Untersuchung ergab in einem Falle im Bereiche der Veränderung Verminderung der Blutgefäſse des Bindegewebes, völliges Fehlen der Talgdrüsen, Verkümmerung der Knäueldrüsen, dichte zellige Infiltration des papillären und retikulären Bindegewebes und auffallende Verminderung der elastischen Fasern; im zweiten Falle dagegen fand sich nur leichte Verdickung des Bindegewebes und geringe Atrophie der Talgdrüsen, aber keine Infiltration und keine Verminderung der elastischen Fasern. V. schlieſst aus dem ersten Befunde, daſs die Cutis verticis gyrata die Folge einer chronischen Entzündung der Kopfhaut ist; wenn in dem zweiten Falle keine Infiltration gefunden wurde, so kann das darin seinen Grund haben, daſs die Furchung in diesem Falle vielleicht schon länger bestand und die Spuren der Entzündung deshalb schon verschwunden waren. Allerdings erscheint es auch nicht unmöglich, daſs die Veränderung, ähnlich einzelnen Nävusarten, auf einer angeborenen Anlage beruht, sich aber erst im späteren Lebensalter langsam und unbemerkt entwickelte. Drei von den elf von V. untersuchten Männern litten im Kindesalter an Kopfekzem; ob dieses bei der Entstehung der Affektion eine Rolle spielt, erscheint zweifelhaft.

Heft 12.

**Über die „White-spot disease"**, von Fritz Juliusberg - Berlin. J. berichtet zusammenfassend über die bisher veröffentlichten Fälle von White-spot disease und beschreibt einen von E. Hoffmann beobachteten und histologisch untersuchten Fall, über den Hoffmann und er selbst bereits auf dem Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Frankfurt a. M. Mitteilung gemacht haben; der in diesem Falle erhobene mikroskopische Befund entsprach ganz genau dem zweiten Stadium der Veränderungen bei der kartenblattähnlichen Sklerodermie Unnas, die einzelnen Herde waren perifollikulär gruppiert.

Bei einer Reihe der als „White-spot disease" beschriebenen oder nachträglich in diese Gruppe eingereihten Fälle handelt es sich um echte circumskripte Sklerodermien, die offenbar mit Unnas kartenblattähnlicher Sklerodermie identisch sind; hierher gehören auſser den beiden Fällen Unnas und dem hier mitgeteilten und dem von Warde als „multiple circumskripte Sklerodermie" bezeichneten Falle wohl auch die von Johnston-Sherwell und von Montgomery und von Ormsby veröffentlichten Beobachtungen. Dagegen stellt Westbergs „Fall von mit weiſsen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter Dermatose" (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 33, S. 355) dem histologischen Befunde zufolge ein Unikum dar.

Die Frage, welche Fälle von circumskripter Sklerodermie als „White-spot disease" zu bezeichnen sind, läſst sich nicht strikte beantworten; es gibt Fälle von White-spot

disease, die neben den eigenartigen, kleinen, weifsen Herden noch anders gefärbte gröfsere Sklerodermieherde aufweisen, und anderenfalls kommen circumskripte Sklerodermien vor, die teilweise White-spot-Charakter tragen, und nur ein kleiner Teil der Fälle von White-spot disease stellt eine scharf begrenzte Abart der circumskripten Sklerodermie dar.

„Perifollikuläre weifse atrophische und narbenähnliche Flecke der Rumpfhaut" sind von IWANOW und JADASSOHN als Ergebnis eines von der Talgdrüse ausgehenden chronischen Entzündungsprozesses betrachtet worden; sie sind von White-spot disease unschwer zu unterscheiden. Gröfsere differentialdiagnostische Schwierigkeiten bieten gewisse Fälle von Lichen planus atrophicans, Fälle, die wegen ihrer Ähnlichkeit mit Morphoea von STOWER sogar als Lichen planus morphoeicus bezeichnet werden.

*Götz-München.*

---

## Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VIII. Heft 8.

**Studien über Syphilis bei Kontrollmädchen, speziell in bezug auf den Tertiarismus,** von J. H. SCHLASBERG-Stockholm. (Schlufs.) Unter 1500 Frauenzimmern, welche während der Zeit, wo sie unter Besichtigung standen, Symptome von Lues darboten, fand SCH. in 137 Fällen Tertiärerscheinungen, d. h. in 9,13% aller Fälle. Bei diesen war 78mal die Haut, 25mal Gaumen und Rachen, 20mal die Knochenhaut, 5mal das Gehirn, 4mal die Knochen, 3mal die Lunge, 2mal Gehirn und Rückenmark, 2mal Rückenmark und 1mal die Leber der Sitz des Leidens. Die meisten Fälle betrafen das 20. bis 30. Jahr; weniger zahlreiche waren zwischen dem 30. und 40. Jahre; zwischen 40 und 50 nehmen sie weiter ab, vor 20 und nach 50 kommen sie nur spärlich vor. Die Beobachtungen des Verfassers ergeben, dafs eine kombinierte Jodkalium-Quecksilberbehandlung gegen ein rezidivierendes Auftreten der tertiären Symptome besser schützt als die Behandlung mit Jodkalium allein.

**Über die Errichtung ambulatorischer Behandlungsstätten für Geschlechtskranke.** Vortrag, gehalten in der Vereinigung von Berliner Ortskrankenkassen, von R. LEDERMANN-Berlin. Nach ausführlicher Schilderung der Quecksilberbehandlung beleuchtet L. die Wichtigkeit der Syphilistherapie für den Etat der Krankenkassen. Die geringsten Kosten würden ambulatorische Behandlungsinstitute hervorrufen. Diese müfsten Baderäume, Räume für Quecksilber- und Inhalationskuren, ein Verbandszimmer und ein Laboratorium enthalten und zugleich zur Behandlung Tripper- und Hautleidender dienen.

Band IX. Heft 1.

**Die Enquete der Österreichischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.** Wien 1908. Im Auftrage der Gesellschaft herausgegeben vom Generalsekretär S. EHRMANN. Die Enquete sollte aufser wissenschaftlichen auch agitatorischen und belehrenden Zwecken dienen; daher wurden zur Beteiligung alle Bevölkerungskreise, vom Hochschulprofessor, Juristen, Abgeordneten bis zum einfachen Lohnarbeiter, herangezogen und ihnen Fragebogen zur Beantwortung zugestellt. Das eingegangene Material wurde von einzelnen Referenten übernommen. Das Kapitel „Bedeutung der Geschlechtskrankheiten" bearbeiten LANG, v. NOORDEN, ESCHERICH, v. WAGNER, TELEKY sen., WERTHEIM; über die „Verbreitung der Geschlechtskrankheiten" berichten EHRMANN und SCHIFF. Über „die Wohnverhältnisse" referieren v. PHILIPPOVICH und POPP-DWORZAK, während das sexuelle Moment in Kunst und Literatur, Pornographie von BRANDWEINER behandelt wird. Über „öffentliche und geheime Prostitution" schreiben MADJERA und BAUMGARTEN, über „sexuelle Aufklärung"

Max Burckhardt, Ludwig Frey und Rosa Mayreder, über „Behandlung der Geschlechtskrankheiten“ Aladar Békéss, Max Winter und Ernst Finger und über „Geschlechtskrankheiten und Strafgesetz“ Friedrich Frey.

Hinzugefügt ist den einzelnen Referaten das stenographische Protokoll der Diskussionsreden bei den öffentlichen Verhandlungen der Enquete. *Schourp-Danzig.*

---

## Zeitschrift für Urologie.

Band II, Heft 10—12.

**Die physiko-chemische Untersuchung für die funktionelle Nierendiagnostik vor der Operation durch den Ureterkatherismus**, von Tanaka. Verfasser hat an 37 Fällen eine genaue Urinuntersuchung unter Beihilfe des Ureterkatherismus ausgeführt; in 17 Fällen wurden Operationen ausgeführt, die nur in zwei Fällen ein ungünstiges Resultat ergaben. Eine geringe Menge Eiweifs und spärliche Cylinder der gesunden Seite spricht nicht gegen Operation an der anderen Niere. Bei der Beurteilung der Nierenfunktion sind Anamnese, Inspektion und Palpation nicht mafsgebend, wertvoller sind Harnfarbe, Trübung und Mikroskopierung des Sediments. Die Viskosität und Acidität des Urins läfst sich nicht genau feststellen, eine Erniedrigung dieser Werte im erkrankten Urin erfolgt zweifellos. Die funktionelle Nierenuntersuchung ist wichtig auch für die Beurteilung von Bauchtumoren und für die innere Medizin bei Nephritis, Diabetes usw.

**Über Bakteriurie**, von Fr. Weiss. Verfasser bespricht an der Hand eines von ihm lange Zeit beobachteten Falles Symptome und Ätiologie der Bakteriurie. Die Therapie ist oft machtlos, wie in dem beobachteten Falle. Man soll alle Entzündungen in Prostata, Blase, Samenblasen, Darm, sorgfältig behandeln.

Verfasser will das Bakterium in Reinkultur züchten, die Kulturen durch Hitze abtöten und nun durch vorsichtige Injektionstherapie die Bildung von Antitoxinen im Körper anzuregen suchen.

**Apparat zur bequemen Ausführung der Spülprobe und zur Spülbehandlung des Bulbus urethrae**, von K. Ullmann. Um die von Jadassohn empfohlene Spülprobe für die Praxis zu erleichtern, konstruierte Verfasser sich einen Spülapparat, der aus einer Spülflasche mit daran befindlichem Doppelgebläse besteht. Mittels dieses Gebläses kann man die Spülflüssigkeit mit starken, rythmischen Stöfsen in die vordere Harnröhre treiben und so einmal eine feste reflektorische Kontraktion des Schliefsmuskels anregen, andererseits die vordere Harnröhre gut und energisch von Schleim und Eiter reinigen.

**Über die Beziehungen der papillomatösen Wucherungen des Blasenhalses und der hinteren Harnröhre zum Mechanismus der Harnentleerung und zur sexuellen Neurasthenie**, von Ernst R. Franck. Verfasser bespricht das gar nicht seltene Vorkommen von Zottenpolypen in der hinteren Harnröhre. Die Beschwerden, die sie machen, betreffen meist die Urinentleerung, aber es kommen auch Schmerzen, Blutungen, häufige Erektionen, Priapismus vor, die alle mit ihrer Entfernung schwinden. Die Therapie kann nur eine operative sein, und zwar ist die Operation seit Ausbildung der Endoskopie häufig per vias naturales möglich. Er bedient sich der Schlinge, der Zange und eines nach Art des Schrötterschen Kehlkopfringmessers gebauten Instrumentes. Verfasser beschreibt die von ihm beobachteten Fälle.

**Mein verbessertes Ureter- und Operationscystoskop**, von Casper. Verfasser beschreibt das von ihm jetzt konstruierte Cystoskop, das unter dem Namen Casper-Albarransches Uretercystoskop käuflich ist; es hat die verschiebbare Rinne des alten Instruments und den aufrichtbaren Finger Albarrans. Das neue Operationscystoskop

bat galvanokaustischen Brenner, scharfe Kurette, Fremdkörperzange, Instrument mit kalter Schlinge und ein solches mit darüberliegender Pinzette zum Ergreifen von Tumoren.

**Zur Kenntnis der menschlichen Spermien nach Untersuchungen mittels der Dunkelfeldbeleuchtung**, von POSNER. Verfasser erhofft von der Untersuchung der Samenfäden mittels der Dunkelfeldbeleuchtung weitere vergleichend anatomische und entwicklungsgeschichtliche Aufklärung. Vorläufig sind seine Untersuchungsergebnisse die, dafs er im Verbindungsstück die eigentlich lebende aktive Substanz des Spermiums, den Rest der eigentlichen Samenzelle, zu erblicken glaubt.

**Ein Fall von Kreuzung der Ureteren bei Nierentuberkulose**, von LICHTENSTERN. Der sehr interessante Fall ist folgender: Die Patientin erkrankte mit ausgesprochenen Zeichen von Nieren- und Blasenbeschwerden, die sich als tuberkulös ansprechen liefsen. Die linke Niere war deutlich vergröfsert zu fühlen. Der linke Ureter sonderte normalen Urin ab, das rechte Orificium war nicht zu entdecken, da die rechte Hälfte des Trigonum intensiv entzündet war. Verfasser nahm an, dafs die rechte Niere erkrankte, die linke durch kompensatorische Hypertrophie vergröfsert und gesund sei. Bei der Operation ergab der Nierenschnitt rechts eine gesunde Niere, links eine vollständig zerstörte, von Abscessen durchsetzte Niere, die exstirpiert wurde. Heilung. Es lag also eine Kreuzung der Ureteren vor.

**Experimentelle Untersuchungen über den Einflufs der Röntgenstrahlen auf die Prostata des Hundes**, von FREUND und SACHS. Durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen in schwächerem und stärkerem Grade lassen sich beim Hunde an der Prostata Hyperämie, Infiltration, Nekroid der zelligen Elemente und Bindegewebsneubildung hervorrufen. Später tritt eine geringgradige Schrumpfung ein. Die am Hunde gewonnenen Erfahrungen lassen sich nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen.

**Einige Bemerkungen über die Pathogenese der Harnsteine**, von W. EBSTEIN. E. wendet sich gegen KÜMMELL, der die von ihm gelehrte Art der Steinbildung, unter Bildung eines Eiweifsgerüstes, nicht anerkennen will.

**Zur Endoskopie der Urethra**, von A. ROTHSCHILD. Zur besseren Erkenntnis der Farben setzt R. den GOLDSCHMIDTschen Tubus in Verbindung mit einem CASPER-LEITERschen Lichtträger, und kann so unter Leitung des Auges therapeutische Mafsnahmen jeder Art bequem ausführen.

**Über einen Fall von Schufsverletzung der Nierengefäfse und der Leber, Operation, Genesung**, von P. HERZEN. Die Verletzung war durch einen Revolverschufs in den Rücken hervorgerufen, hatte die Nierenarterie zerrissen und verlief dank der sofort vorgenommenen Nephrektomie mit Heilung.

**Ein neues Operationscystoskop**, von A. STRAUSS. Ein Cystoskop, durch dessen Katheter der von STRAUSS empfohlene scharfe Löffel zum Ausschaben der Harnblase eingeführt werden kann.

**Untersuchungen über die Ätiologie der Prostatahypertrophie**, von RASKAI. Verfasser sieht die Ursache des Entstehens der Prostatahypertrophie in der Vielfältigkeit der physiologischen Aufgaben, der Rolle, die das Organ im Organismus inne hat; es ist nicht Arbeitshypertrophie allein, auch nicht Hypertrophie hervorgerufen durch aktive und passive Hyperämie, nicht latenter Verlauf fortgeleiteter Entzündungen allein, sondern eben die Vielfältigkeit der Reize.

**Über die Wertlosigkeit der Provokation**, von ORLOWSKI. Verfasser hat herausgefunden, dafs die Provokation durch Alkohol, Coitus, Argentum nitric. nach Ablauf einer Blennorrhoe nichts leistet und rät deshalb statt der Provokation zu einem expektativem Verfahren.

**Einiges zur Klärung der Fragen der Homosexualität und Perversität,** von POROSZ. In dem sehr interessanten Vortrag schildert Verfasser seine Ansicht über das Zustandekommen von Perversität, die nicht angeboren ist, sondern sich allmählich entwickelt, wenn die frühzeitig auftretende Wollust in falsche Bahnen gelenkt wird, oder wenn der Patient infolge von zu rascher Ejakulation impotent wird, so dafs sich allmählich bei ihm die Atonia prostatae ausbildet. Da hilft Faradisation der Prostata oft ausgezeichnet.

**Über eine durch einen Bandwurm verursachte Nebenhodenentzündung,** von F. WEISS. Der Patient bekam eine Nebenhodenentzündung ohne ersichtliche Ursache, zugleich gingen mit dem Stuhlgang Proglottiden ab; Bandwurmkur und Heilung der Hodenentzündung. Nach einiger Zeit trat wieder eine Hodenentzündung auf und wieder gingen Bandwurmglieder ab. *F. Hahn-Bremen.*

---

### American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Bd. XII, Nr. 11.

I. **Suprapubische Cystotomie als Mittel zur Auffindung der Urethra posterior in Fällen obliterierender Urethritis,** von HOWARD CRUTCHER-Roswill.

II. **Krätzebehandlung,** von JOHN G. BURKE - Pittsburgh. Von allen ihm bekannten Mitteln gibt B. dem Perubalsam den Vorzug.

III. **Das giftige Übel der Gesellschaft. Eine soziale Studie,** von NOAH E. ARONSTAM-Detroit. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten fordert A. sexuelle Pädagogik, Verbot unzüchtiger Schriften und Theateraufführungen und strenge Vorschriften gegen die Prostitution.

IV. **Urinuntersuchungen,** von GEORGE RICHTER - St. Louis.

V. **Syphilis im Säuglingsalter und in der Kindheit,** von ISAAK L. POLOZKER-Detroit. Klinische Studie über angeborene, ererbte und erworbene Lues der Kinder.

VI. **Ekzem und seine Behandlung,** von JULIUS H. COMOVE-Philadelphia.

VII. **Pruritus ani,** von WILLIAM F. WAUGH - Chicago. Zur Vervollständigung der Arbeit von BESSESEN in *dieser Zeitschrift* führt der Verfasser als gelegentliche Ursache des Pruritus die Anhäufung von Skybula im Darmkanal an.

VIII. **Fall zur Diagnose,** von CURT MANN - Dresden. Es handelte sich um ein papulöses, squamöses Exanthem, das bei einem alten Syphilitiker oft rezidivierte und abwechselnd auf Jod und Quecksilber einerseits, auf Chrysarobin, Unguentum praecipat. Hydrargyri alb. andererseits verschwand. Wahrscheinlich waren es neurosyphilitische Störungen.

IX. **Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Prostata,** von SAMUEL ALEXANDER - New York. Empfehlung der Prostatektomie bei Prostata-Abscessen blennorrhoischen Ursprungs. *Schourp-Danzig.*

---

### The British Journal of Dermatology.

November und Dezember 1908.

**Die Behandlung der Syphilis,** von Major H. C. FRENCH-Woolwich. FR. hatte als Militärarzt der Garnison von Woolwich, die 5000 Mann stark ist und in deren Lazarett auch von dem Londoner Militär (4000 Mann) und aus den Kolonien Kranke gebracht werden, reichlich Gelegenheit, diese Frage zu studieren, indem die Zahl der dort jährlich in Behandlung gekommenen Fälle von Geschlechtskrankheiten über 1000 in den letzten drei Jahren betragen hat. Als einen recht auffallenden Faktor hebt er mit vollem Recht hervor, dafs für ganz London mit seinen über 5 Millionen Ein-

wohnern nur etliche 50 Betten für die Krankenhausbehandlung der Geschlechtskranken zur Verfügung stehen; infolge dieser mangelhaften Einrichtung wird Syphilis unter der Bevölkerung weit verbreitet und sind Geisteskrankheiten, die auf Syphilis beruhen, eine sehr häufige Erscheinung in den mit ungeheuren Kosten unterhaltenen Irrenanstalten. Andererseits kann aber Fr. gerade für seine Garnison, wie überhaupt für die englische Armee, eine bedeutende Abnahme der Syphilis in den letzten Jahren konstatieren, und zwar führt er dies sowohl auf die Spitalsbehandlung als auch die spätere Kontrolle zurück, die durch die ganze englische Armee besteht und eine zweijährige Behandlung und noch weitere einjährige Beobachtung umfaſst. Was nun die Behandlung betrifft, so hat er die Überzeugung gewonnen, daſs im Frühstadium der Syphilis sowohl Schmierkur wie Quecksilber per os der Injektion unlöslicher Salze vorzuziehen ist. Alkoholiker und Neurastheniker, Individuen mit Neigung zu Epilepsie oder Geisteskrankheiten erfordern groſse Sorgfalt. Cellulitis kommt nicht selten an Wunden oder bei mit Syphilis behafteten, unter aktiver Quecksilberbehandlung stehenden Personen vor und Sepsis kann rasch nach Operation in den Frühstadien eintreten. Furunkel, Karbunkel usw. treten nicht selten in Gemeinschaft mit dem Frühstadium der Syphilis, schwere Septikämie mit Knochennekrose im Tertiärstadium auf, und die Behandlung sollte nach Fr. zuerst nach den gewöhnlichen Grundsätzen der Chirurgie gegen die Nekrose und in zweiter Linie mit spezifischen Mitteln eingreifen. Bevor Jodkalium gegeben wird, muſs die Frage der Funktionsfähigkeit der Niere entschieden werden. Jodkalium ist im allgemeinen um so mehr angezeigt, je weiter die Primärinfektion zurückdatiert, also im späten Sekundär- und im Tertiärstadium, aber auch im Frühstadium maligner Syphilis; es ist besonders wirksam bei frühzeitiger, syphilitischer Orchitis, Periostitis, Gummata, gummatösen Ulcerationen und drohenden Gehirn- oder Rückenmarkserkrankungen. Chinin in verdünnter Salzsäurelösung ist oft sehr wirksam vor oder nach der ersten Quecksilberkur der kachektischen Individuen. Ferner sind in vielen Fällen nach der Darreichung von Quecksilber oder Jodkalium tonische Mittel angezeigt, und zwar speziell bei Alkoholikern, bei vorhandenem Skorbut, Anämie, Tuberkulose und bei maligner Syphilis. Diese mehr allgemein gehaltenen Ausführungen schlieſst French mit dem besonderen Hinweise, daſs der therapeutische Erfolg bei Syphilis zwar von möglichst frühzeitiger Behandlung, andererseits aber auch von Erhaltung der Kräfte durch stimulierende Mittel und kräftige Kost, besonders in Fällen von Iritis, schweren Halserscheinungen, Knochennekrose, maligner Syphilis abhängt.

**Das Epithel der Mundschleimhaut,** von W. Thorold Quaife. Mit dem Begriff Mundschleimhaut umfaſst Verfasser in seiner Arbeit das Epithel der Zunge, der Wangen und die feuchte Innenfläche der Lippen, und es ergaben sich bei seinen Untersuchungen folgende Befunde: Die Mundschleimhaut ähnelt in ihrer allgemeinen Struktur der Epidermis, indem sie eine proliferierende Basalzellenschicht besitzt, deren Tochterzellen im späteren Stadium ihrer Differenzierung als groſse Zellen mit kleinem Kern, spärlichem peripheren Protoplasma und relativ weitem perinukleären Raum auftreten. Keratohyalin oder Eleidin ist nicht vorhanden. In dem tieferen Teile sind die Zwischenzellen-Lymphräume wohl ausgeprägt und durch zahlreiche „Strahlen“ gekreuzt. Der Übergang von Epidermis zu Schleimhaut ist an den meisten Stellen ein ganz abrupter. In manchen pathologischen Zuständen von Verdickung der Schleimhaut sind die Zellen in ihrer Differenzierung weiter vorgeschritten und haben mehr Ähnlichkeit mit der Epidermis-Hornzelle, indem sie keinen Kern, aber ausgesprochene Stacheln, die jedoch nicht von Keratinart sind, besitzen. Mit drei Abbildungen.

*Stern-München.*

## Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1908. Heft 10/11.

**Beitrag zur vergleichenden Histopathologie der Haut,** von Charles Audry und Félix Suffran. Die Verfasser haben eine Reihe von Tumoren, die bei Tieren vorkommen, untersucht und sie mit ähnlichen, vom Menschen her bekannten Nachbildungen verglichen. Den Gegenstand ihrer Untersuchungen bildeten 1. Warzen und Papillome, 2. das Epithelioma contagiosum des Geflügels, 3. Bindegewebsneubildungen, 4. Epithelneubildungen (Adenom, Epitheliom), 5. die Folliculitis à Demodex des Hundes, die Botryomykosis cutanea und die Filariosis ulcerosa des Pferdes.

Die Warzen sind die häufigsten Hautneubildungen bei den Tieren, besonders bei den Rindern, wo sie infolge ihrer ungeheuren Entwicklung sogar zum Tode führen können; sie kommen überall auf der unbehaarten Haut und auf den Schleimhäuten vor. Sie werden bei den Rindern durch das Bacterium porri verursacht, sind sicher kontagiös, lassen sich aber weder auf Tier noch auf Mensch überimpfen. Histologisch boten alle untersuchten Warzen und Papillome eine grofse Ähnlichkeit mit den entsprechenden Neubildungen der menschlichen Haut dar.

Das Epithelioma contagiosum der Vögel hat wohl einige Ähnlichkeit mit dem des Menschen, ist aber morphologisch keineswegs mit ihm identisch. Die Lehre von seiner Übereinstimmung mit dem menschlichen Molluscum contagiosum läfst sich nicht aufrechterhalten, ein parasitärer Schädling ist ebenfalls noch nicht ermittelt.

Die Bindegewebstumoren sind bei den Haustieren — Rindern, Eseln und Mauleseln — kein seltenes Vorkommnis; es wird von einem Fibrom einer Kuh berichtet, das 174 kg wog. Soweit die Verfasser bei ihren wenigen Untersuchungen feststellen konnten, weichen diese Neubildungen in ihrem Bau nicht von den menschlichen ab.

Unter den Epithelneubildungen sind die echten Adenome im Gegensatz zum Menschen bei den Tieren, zumal bei den Hunden, sehr häufig. Die Verfasser unterscheiden hier je drei verschiedene Adenom- und Epitheliomformen; es würde aber wirklich den Rahmen eines knappen Referats sprengen, wenn man ihnen hier in alle Einzelheiten folgen wollte.

Die Folliculitis à Demodex des Hundes, die der menschlichen Scabies entspricht, verläuft bald unter dem Bilde einer Akne pustulosa — daher die Bezeichnung Akne pustulosa à Demodex —, bald als einfaches oberflächliches Erythem. Das histologische Bild des erstgenannten Falles erinnert lebhaft an das von der menschlichen Akne pustulosa her bekannte.

Schliefslich haben A. und S. auch noch je einen Fall von Botryomykose und Filariosis des Pferdes untersucht. Bei jener vermuten sie einen bakteriellen Ursprung, vielleicht sei der Botryococcus askoformans der Erreger; die Neubildung habe mit der menschlichen Botryomykose keine Spur von Ähnlichkeit. — Die Filariosis ulcerosa des Pferdes, die „plaie d'été", ist ein Geschwür, das zur Sommerzeit namentlich am Rücken des Pferdes auftritt und ungeheure Ausdehnung annehmen kann. Der Erreger ist eine Filaria; es handelt sich bei dem Geschwüre um entzündliche Infiltration gelber Körner, wie bei der Aktinomykose.

**Das Trichophyton faviforme,** von R. Sabouraud. Im Verfolg seiner Untersuchungen über die verschiedenen Trichophytonarten war S. 1892—1894 auf eine Form gestofsen, deren Kultur mit der des Achorion Schönleinii die gröfste Ähnlichkeit aufwies, während die Haare unter dem Mikroskop einen grofssporigen Ektothrix erkennen liefsen. Damals überliefs S. das Präparat einem befreundeten Kollegen (Bodin), der noch auf mehrere ähnliche Fälle stiefs und als Ergebnisse seiner Untersuchungen ein

Trichophyton faviforme verrucosum beschrieb. Später hat dann S. die Untersuchungen selber wieder aufgenommen und entwickelt in dieser Abhandlung seine Befunde und seine Ansichten.

Von seiner erst gehegten Meinung, dafs man diese neugefundenen Formen als Achorion mit trichophytoidem klinischen Charakter bezeichnen könne, ist er zurückgekommen; dieser Wandel in seiner Meinung wird ausreichend begründet. Andere Autoren haben Fälle von Kerion beschrieben, bei denen sie das Achorion Schönleinii gefunden hätten. S. kritisiert diese Fälle und kommt zum Schlufs, dafs jene Forscher eben durch die grofse Ähnlichkeit der Kulturen des Achorion und des Trichophyton faviforme irregeführt worden seien.

Das Trichophyton faviforme ist ein Parasit der Rinder und S. hat aufser dem von Bodin beschriebenen Trichophyton verrucosus noch zwei Formen gefunden, die er wegen ihrer Farbe Trichophyton ochraceum und Trichophyton album nennt und von denen er mit gewohnter Gründlichkeit eine eingehende biologische und mikroskopische sowie klinische Schilderung gibt. Dem Text sind zahlreiche erläuternde Holzschnitte und eine Tafel beigegeben. *Türkheim-Hamburg.*

---

## Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1908. Band II, Heft 20 und 21.

1. **Behandlung des Carcinoms der Urogenitalorgane des Mannes (Dauererfolge)**, von Felix Legueu-Paris. Mitteilung der Resultate, speziell der Dauererfolge, die L. und andere Chirurgen bei Carcinomen der einzelnen Harn- und Geschlechtsorgane des Mannes mit ihren Operationen erzielt haben. Aus der Zusammenstellung ergibt sich, dafs die schlimmsten Carcinome die der Prostata, der Urethra und der Blase sind, dann kommen die Carcinome der Nieren, weit weniger schlimm sind die Krebsgeschwülste der Hoden und des Penis, bei welchen wirkliche Heilung vorkommt. Ob die Carcinome dieser beiden Organe von Natur aus eine geringere Malignität besitzen, ob es sich um gröfsere organische Widerstandsfähigkeit oder bessere lokale Abwehr handelt oder ob nur die Erfolge der Operationen bessere sind, weil Carcinome der Hoden und des Penis naturgemäfs frühzeitiger erkannt und vollständiger entfernt werden können, das ist zurzeit noch nicht zu entscheiden.

Für Carcinome der Harnblase empfiehlt L., sofern das Neoplasma überhaupt operabel erscheint, die partielle Cystektomie, für sehr grofse Carcinome der Prostata die Prostatektomie vom Hypogastrium aus, für kleinere Prostatacarcinome die perineale Operation nach der von Young angegebenen Methode (Entfernung der Prostata in toto mit der Kapsel, der ganzen Urethra, dem ganzen Blasenhals, einem Teil des Blasengrundes und den Samenbläschen); bei Carcinomen des Penis genügt, wenn die Neubildung noch nicht über das Glied hinausgegriffen hat, die Amputation mit Exstirpation der Drüsen.

2. **Verhandlungen des ersten internationalen Urologenkongresses (Paris, 30. September—3. Oktober 1908): I. Pathogenese und Behandlung der Anurien.** Der erste Referent, Kümmell-Hamburg, unterscheidet zwischen Anurien im weiteren Sinne, falschen Anurien, bei denen infolge Verschlusses der Ureteren durch Steine oder durch Tumoren kein Harn in die Blase gelangen kann, und Anurien im engeren Sinne, echter renaler Anurien, bei welchen die Nieren keinen Urin produzieren. Solche renale Anurien kommen vor bei diffuser Nephritis, bei Tumoren beider Nieren, bei Erkrankung einer Niere, wenn die zweite Niere fehlt, sie können aber auch reflektorischer oder hysterischer Natur sein. Reflektorische Anurie liegt vor, wenn bei vollkommener Intaktheit einer Niere und ihres Ureters nach Erkrankung und

dadurch bedingter Funktionsunfähigkeit der anderen Niere völlige Anurie eintritt oder wenn beide gesunde Nieren infolge peripherer Reize (bei Phimose usw.) oder nach Laparatomien und anderen Operationen keinen Urin mehr produzieren. Echte reflektorische Anurie bei vollkommener Intaktheit einer Niere ist verhältnismäßsig selten; sie kann durch toxische oder nervöse Ursachen oder durch Steigerung des Druckes in einer Niere, aber auch durch andere Momente bedingt sein. — Zur Behandlung der durch Nephritis verursachten renalen Anurien empfieht K. die Spaltung der Nierenkapsel oder die Nephrotomie, bei reflektorischer Anurie nach Erkrankung einer Niere mufs die Ursache dieser Erkrankung, bei reflektorischer Anurie infolge peripherer Reizung dieser Reiz beseitigt werden.

Der zweite Referent, Watson-Boston, bespricht die operative Behandlung der Anuria calculosa. Die Funktionsfähigkeit der Nieren vor der Operation festzustellen ist oft sehr schwer, manchmal, besonders wenn auf beiden Seiten Steine vorhanden sind, sogar unmöglich; dabei ist aber, namentlich bei reflektorischer Anurie nach Verschlufs einer Niere durch einen Stein, die Feststellung der Funktionsfähigkeit der nicht verschlossenen Niere von gröfster Bedeutung. Wenn beide Nieren erkrankt, aber doch noch funktionsfähig sind, soll stets die weniger kranke Niere operiert werden; wenn die Funktionsfähigkeit der geöffneten Niere für die Erhaltung des Lebens nicht auszureichen scheint, mufs in der gleichen Sitzung immer auch die zweite Niere operiert werden.

Der dritte Referent, Achard-Paris, bezeichnet die falschen Anurien als exkretorische, die echten als sekretorische. Rein reflektorische Anurie bei Verschlufs einer Niere durch einen Stein ist selten, meist ist auch die nicht verschlossene Niere erkrankt und hört deswegen auf zu funktionieren. Völlige Anurie ausschliefslich sekretorischer Natur kommt sicher nicht häufig vor, zumeist handelt es sich nur um starke Verminderung der Sekretion, um Oligurie. Die Entstehung der sekretorischen Anurien und Oligurien ist abhängig von der Beschaffenheit der Glomeruli und Tubuli, von der Zusammensetzung des Blutes und von dem Zustande der Blutzirkulation in den Nieren. Die interne Behandlung der sekretorischen Anurien und Oligurien ist je nach der Pathogenese verschieden. Zur Anregung der sezernierenden Nierenelemente dient die Verabreichung einer Mazeration von Schweinsnieren in physiologischer Kochsalzlösung: der Erfolg ist zuweilen sehr gut, zuweilen aber führt diese Medikation zu einer Verschlimmerung durch die nephrotoxische Wirkung des verabreichten Nierenparenchyms und der Kochsalzlösung. Die Diuretika sind bei völliger Anurie im allgemeinen wenig wirksam, dagegen vermögen sie häufig das Fortschreiten einer Oligurie aufzuhalten. Bei schlechter Blutzirkulation ist Einführung gröfserer Flüssigkeitsmengen, reichliche Getränkezufuhr, Injektion von Kochsalzlösung, wenn keine Hydropsie besteht, intravenöse Einspritzung von Natrium sulfuricum oder Zuckerlösung, in anderen Fällen, wenn Ödeme usw. vorhanden sind, Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr und kochsalzfreie Kost, wieder in anderen Fällen Behandlung einer bestehenden Herzinsuffizienz erforderlich. Bei Verstopfung der Harnkanälchen wirkt zuweilen Koffein sehr gut. Mit das Wichtigste bei der ganzen Behandlung ist die Prophylaxe der Urämie. Die chirurgische Behandlung der durch Nephritis bedingten Anurie mittels Dekapsulation der Niere und Nephrotomie führt in manchen Fällen, wenn die Veränderungen noch frisch und reparabel sind, die Diurese wieder herbei, bringt aber durchaus nicht immer Rettung.

In der Diskussion beschreibt Alessandri-Rom einen Fall von Anurie, der sich bei einer graviden Frau an eine akute Nephritis anschlofs und trotz künstlicher Frühgeburt und der nach 15tägiger Dauer der Anurie vorgenommenen Dekapsulation und Nephrostomie zum Tode führte. — Teissier Lyon weist auf die Bedeutung der Ver-

änderungen an der Leber und ihrer Funktion für die Entstehung der sekretorischen Anurie hin; die Folge solcher Veränderungen ist die Entstehung eines intrarenalen Gegendruckes und die Einstellung der Funktion des glomerulo-tubulären Systems. In solchen Fällen ist Ableitung von Blut aus der Leber, Applikation von Blutegeln und Verabreichung drastischer Abführmittel, namentlich von Kalomel, Anregung der Funktion der Harnkanälchen durch Theobromin, Diuretin und besonders durch kleine Digitalisdosen und endlich Injektion von Blutserum aus der Vena renalis angezeigt. Über diese Serumtherapie wird T. bald näheres mitteilen. — Jeanbeau - Montpellier hat in zwei Fällen von reflektorischer Anurie bei Steinkranken durch intravenöse Injektion von Zuckerlösung (400—500 ccm einer 25%igen Lösung) Heilung erzielt; die Einspritzungen sind ungefährlich, doch trat bei einem Kranken Schüttelfrost mit Tachykardie auf. Die 25%ige Lösung ist hypertonisch; zu subkutanen oder intramuskulären Injektionen, die nicht so rasch wirken, müssen isotonische (4,7—9%ige) Lösungen verwendet werden. — Nach Albarran-Paris kommt reine exkretorische Anurie nur bei langsam sich ausbildendem Verschlufs beider Ureteren vor; in allen anderen Fällen ist auch die Harnsekretion eingeschränkt oder aufgehoben. Man triff daher auch bei reflektorischer Anurie nach Verschlufs einer Niere durch Stein weder in dieser Niere oberhalb des Hindernisses noch auf der anderen Seite angestauten Harn. Bei Anuria calculosa mufs das Hindernis entweder durch Katheterisierung des Ureters, oder, wenn es auf diesem Wege nicht gelingt, durch Operation möglichst frühzeitig entfernt werden. A. operiert die stärker affizierte Niere, sofern sie nicht ganz zerstört ist. — Chauffard-Paris hat völlige Anurie infolge von Sublimatvergiftung beobachtet; die Veränderungen beschränken sich dabei auf die Harnkanälchen, die Glomeruli bleiben intakt. Injektionen von Kochsalzlösung wirken in solchen Fällen vorzüglich. — Nicolich-Triest berichtet über vier operativ behandelte Fälle von Anuria calculosa; in drei Fällen trat Heilung ein; ein Patient starb. Im Gegensatz zu Albarran fand er oberhalb des Hindernisses stets Harnretention. — Pavone-Palermo weist auf die diagnostische und therapeutische Bedeutung des Ureterenkatheterismus bei Anuria calculosa hin. — Jules Janet-Paris vergleicht die nervösen (hysterischen, reflektorischen, neuropathischen) Anurien, deren Gebiet er sehr weit fafst und deren Entstehung er in origineller Weise erklärt, mit den hysterischen Kontrakturen; er hält es für möglich, dafs sie gleich diesen lediglich durch Chloroformnarkose oder auch durch Hypnose beseitigt werden können. — Pousson-Bordeaux empfiehlt bei exkretorischer Anurie und bei gewissen, durch akute oder chronische Nephritiden bedingten sekretorischen Anurien und Oligurien die Nephrotomie, die seiner Anschauung nach der Dekapsulation weit überlegen ist. — Nach Legueu-Paris zeigt bei reflektorischer Anurie nach Verschlufs einer Niere durch Stein die nicht verschlossene Niere sehr bald tiefgreifende Veränderungen, es soll daher die Niere, die den Stein beherbergt, frühzeitig eröffnet werden. — Casper-Berlin, Kreps-Petersburg, Löwenhart-Breslau und Paul Ertzbischoff-Paris äufsern sich hauptsächlich über den diagnostischen und therapeutischen Wert des Ureterenkatheterismus bei Anuria calculosa. — Pasteau-Paris hat bei Anurie infolge von Nephritis durch Dekapsulation der Niere ohne Nephrotomie sehr gute Erfolge erzielt. Bei Anurie infolge Kompression der Ureteren und bei Anuria calculosa sollte nach seiner Ansicht stets operiert werden; welche Niere bei der letzteren verschlossen ist, läfst sich durch die cystoskopische Untersuchung entscheiden. — Guisy-Athen hat mehrfach völlige Anurie bei oder nach Gichtanfällen beobachtet; drei Patienten starben an Urämie; bei der Sektion erwiesen sich die Nieren als anämisch, sonst aber gleich den Ureteren als intakt. Die Anurie mufs in solchen Fällen wohl auf eine obliterierende Entzündung oder einen Spasmus der Nierenarterien zurückgeführt werden.

II. **Vesikale Harnretentionen ohne mechanisches Hindernis.** Der erste Referent, Frankl-Hochwart-Wien, bespricht die durch nervöse Erkrankungen bedingten Harnretentionen und ihre Entstehung; sie haben in ihren Symptomen nichts charakteristisches und können daher zumeist nur durch Ausschliefsung eines lokalen Hindernisses diagnostiziert werden. Harnverhaltung kommt vor bei Idiotie, Commotio cerebri und bei Apoplexie, am häufigsten aber bei spinalen Erkrankungen, besonders bei Tabes, Taboparalyse, Myelitis, Kompression des Rückenmarks durch Meningitis, Tumoren, erkrankte oder verletzte Wirbel oder durch Abscesse, ferner bei multipler Sklerose, bei gewissen cerebralen Affektionen, auch wenn sie ohne Bewufstseinsstörung oder spinale Veränderungen verlaufen, wie bei Hämorrhagien, Tumoren und Erweichungsherden im Gehirn, endlich bei Hysterie; Retention ausschliefslich neurasthenischen Ursprungs ist aufserordentlich selten. Wenn bei einzelnen Kindern mit Enuresis nocturna die Blase konstant überfüllt ist, dann dürfte es sich wohl um zirkumskripte Erkrankungsherde im Rückenmark handeln.

Die folgenden Referenten, J. Albarran und P. Noguès sprachen über die Harnretentionen ohne mechanisches Hindernis, soweit sie nicht durch nervöse Krankheiten hervorgerufen sind. Sie unterscheiden drei Gruppen:

1. Retentionen mit ungenügendem, d. h. die Harnverhaltung nicht erklärendem Hindernis. 2. Retentionen ohne jedes Hindernis und ohne Blasenveränderungen. 3. Retentionen ohne jedes Hindernis mit Blasenveränderungen.

Zur ersten Gruppe gehören die Retentionen bei geringgradigen Prostatahypertrophien, bei Prostatitiden und bei weiten Strikturen; sie sind auf eine Hemmung der Blasenkontraktilität oder auf den Verlust der auf den quergestreiften Sphinkter wirkenden Hemmungsvorrichtung zurückzuführen.

Retentionen ohne Hindernis und ohne Blasenveränderungen kommen vor bei akuten Vergiftungen (Arsenik-, Quecksilber-, Phosphor-, Benzin-, Kohlenoxyd-, Terpentin-, Karbolsäurevergiftungen) und bei chronischen Intoxikationen (mit Blei und Alkohol); dann im Verlaufe akuter und chronischer Infektionen, und endlich infolge funktioneller Störungen der Blase und der Sphinkteren. Zu den Retentionen im Verlaufe akuter Infektionen sind zu rechnen die Harnverhaltungen bei akuten Erkrankungen von Organen in der Umgebung der Blase, bei Peritonitis und Appendicitis. Auch bei Harnröhrenblennorrhoe kommt eine Art der Retention vor, die hierher gehört: es ist das nicht die mechanisch durch Entzündung der Prostata und Schwellung der Harnröhrenschleimhaut bedingte Retention, sondern eine schlaffe Lähmung der Blase. Harnverhaltung kommt ferner vor bei allen akuten Infektionskrankheiten, besonders bei Malaria, Diphtherie und Typhus, und bei gewissen chronischen Infektionen, bei Syphilis, speziell bei den parasyphilitischen Erkrankungen, vielleicht auch bei Tuberkulose. All diese Intoxikationen oder Infektionen wirken nur in seltenen Ausnahmefällen direkt auf die Blase ein, in der Mehrzahl der Fälle führen sie zu Veränderungen des peripheren oder zentralen Nervensystems, zu Neuritiden oder Poliomyelitiden, die dann sekundär die Harnverhaltung verursachen. Die Retentionen infolge funktioneller Störungen der Blase und der Sphinkteren, wie sie bei Traumen, bei gynäkologischen und anderen Operationen, Hämorrhoiden, Obstipation, bei kongenitalen Anomalien, wie Phimose oder Atresie der Harnröhrenmündung, bei intraurethralen Eingriffen usw. vorkommen, wurden bisher ausnahmslos auf einen Spasmus des Sphinkters zurückgeführt. Diese Erklärung ist aber nach Ansicht der beiden Referenten nicht haltbar; es handelt sich vielmehr um Störungen der normalen Hemmung des Sphinkters und der Blasenmuskulatur. Auf die gleiche Weise sind auch gewisse Retentionen bei Frauen, namentlich die post partum auftreten, zu erklären.

Bei den Retentionen ohne Hindernis mit Blasenveränderungen sind zu unterscheiden die aseptischen Harnverhaltungen infolge von Degeneration der Blasenwände und die septischen Harnverhaltungen infolge von Cystitis. Bei der Degeneration der Blasenwände handelt es sich entweder um senile Atrophie der Blasenmuskulatur oder um Ernährungsstörungen bedingt durch chronischen Alkoholismus. Die Retentionen bei chronischer Cystitis beruhen auf einer mehr oder weniger starken sklerotischen Veränderung der Blasenwandung; am hochgradigsten ist diese Sklerose bei tuberkulöser Cystitis, bei der daher auch Retentionen ungemein häufig sind.

Mit der Schilderung einiger Fälle von Harnretention, die in keine der aufgeführten drei Gruppen sich einfügen lassen, schliefsen die Referenten ihre Darlegungen.

In der Diskussion weist Koch-Prag auf das Vorkommen von totaler Harnretention bei Hämoptoe hin. Harnverhaltung hysterischen Ursprungs scheint nach den Erfahrungen der Neurologen nicht allzu selten zu sein; neurasthenische Retention darf nur diagnostiziert werden, wenn spinale und cerebrale Erkrankungen mit Sicherheit auszuschliefsen sind. Eine Balkenblase deutet auf das Vorhandensein spinaler Veränderungen hin. — Nach Edw. Keyes jun.-New York ist zuweilen eine minimale Sklerose des Schliefsmuskels Ursache der Retention. In vier Fällen von chronischer Retention bei Tabes hat er durch Elektrokauterisation des Blasenhalses gute Erfolge erzielt. — Hurry Fenwich-London berichtet über einen Fall von Retention, verursacht durch einen Stein in der Pars anterior der Harnröhre. — Marion-Paris sah bei einer Frau im Verlaufe einer Pyelonephritis Retention auftreten und mit der Besserung der Nierenaffektion wieder verschwinden; Cystitis war nicht vorhanden. Die Retention war in diesem Falle bedingt durch einen von der Niere ausgehenden Reflex. — Alfred Rothschild-Berlin kann nicht zugeben, dafs die Retention bei Prostatitis Folge eines Hemmungsreflexes ist; bei chronischer Prostatitis findet sich stets chronische Hyperämie der Blasenschleimhaut, die hinreicht, um die Retention zu erklären. Das Endresultat der chronischen Prostatitis ist Hypertrophie oder Atrophie der Prostata, die Retentionen bei diesen Zuständen haben die gleiche Ursache wie die Retentionen bei chronischer Prostatitis. Sehr wertvoll für die Feststellung der anatomischen Grundlagen einer Retention ist die Untersuchung mit dem Goldschmidtschen Irrigationsendoskop. — Ernst R. W. Frank-Berlin hat wiederholt bei 20—40 Jahre alten Männern, die zum grofsen Teile niemals eine Geschlechtskrankheit gehabt hatten, komplete oder inkomplete Retention neben dysurischen Beschwerden, Pollakiurie und Hämaturie, sekundären Infektionen, Cystitis, Pyelitis, Prostatitis und Epididymitis beobachtet und dabei Hypertrophie des Sphinkters, Hyperämie des Trigonums, des Blasenhalses und des hinteren Harnröhrenabschnittes und selbst Granulationen und Wucherungen am Blasenhals gefunden. Es handelte sich ausnahmslos um Männer, die ihrer beruflichen Tätigkeit wegen häufig und lange den Harn zurückhalten mufsten. Fr. sieht darin die Ursache der Erscheinungen; diese verschwinden, wenn die willkürliche Harnverhaltung aufhört. — Bartrina-Barcelona stimmt der Hemmungstheorie Albarrans im grofsen und ganzen bei. Vielfach aber ist auch bei geringgradiger Prostatahypertrophie ein mechanisches Hindernis für die Harnentleerung durch einen kleinen Mittellappen, durch kleine Adenome, die einen konzentrischen Druck ausüben, durch kongestive Zustände oder durch sklerotische Veränderungen gegeben. — Serralach-Barcelona weist auf seine, auch im Referate von Albarran und Noguès berührte Theorie von dem Einflufs eines inneren Hodensekretes auf die Blasenfunktion hin. — Bazy-Paris hält die postoperativen Retentionen für die Folge eines Hemmungsreflexes, auf den er selbst fünf Jahre vor Albarran hingewiesen hat. Bei Strikturen macht sich die Hemmung nur durch

Vermittlung einer Cystilis geltend, in solchen Fällen verschwindet die Retention erst mit der Heilung der Blasenerkrankung. Gewisse Formen von Harnverhaltung stehen in enger Beziehung zu Polyurie. Bei Frauen kommt Retention vor verursacht durch Pericystitis, die sich an eine Perimetritis oder Salpingitis anschliefst.

*Götz-München.*

---

**Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.**

1908. Heft 9.

**Lupuscarcinom,** von James H. Sequeira. S. glaubt, dafs bei Lupösen häufig wiederholte Röntgenbestrahlungen durch die konstante Reizung, die sie bewirken, die Entstehung von Carcinomen begünstigen können. Er selbst hat bei 964 Lupuskranken nur 14 mal, d. i. in 1,5% der Fälle, Carcinombildung gesehen, während nach anderen Statistiken, auch vor Einführung der Röntgentherapie, in 2% der Lupusfälle, Carcinome zur Beobachtung kamen. Während in manchen Büchern angegeben ist, dafs Lupuscarcinome bei Frauen häufiger sind als bei Männern, betrafen von den 14 Fällen S.s 10 Männer und nur 4 Frauen; dabei waren von den 964 Lupösen 287 Männer und 677 Frauen, es erkrankten also 2,87% der Männer und nur 0,59% der Frauen an Carcinom. 6 von den 10 Männern waren durch ihre berufliche Tätigkeit sehr viel dem Lichte ausgesetzt, vielleicht erklärt sich dadurch die auffallend grofse Zahl von Carcinomen bei männlichen Lupuskranken. Das Durchschnittsalter betrug zu Beginn der Geschwulstbildung bei den Männern 36, bei den Frauen 46 Jahre; zwei Männer erkrankten schon mit 22 Jahren. Der Lupus bestand beim Auftreten des Carcinoms durchschnittlich 35, in einem Falle bereits 57 Jahre. Drei von den 14 Kranken sind vorher zwei bis vier Jahre hindurch mit Röntgenstrahlen behandelt worden, in allen drei Fällen wurde sehr häufig (drei- bis fünfmal wöchentlich) bestrahlt. Bei zwei Fällen zeigte sich das Carcinom einige Monate nach Beginn der Finsen-Therapie, doch ist an einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dieser und dem Auftreten des Neoplasmas wohl nicht zu denken. Die Behandlung bestand, soweit es möglich war, in operativer Entfernung der Geschwulst und nachfolgenden Röntgenbestrahlungen, in einigen Fällen, in denen das Carcinom nicht exzidiert werden konnte. wurden nur Röntgenstrahlen in Anwendung gebracht. In einem von den letzteren Fällen trat Heilung ein, der Mann ist seit drei Jahren rezidivfrei, aufserdem wurde in einem Falle durch die Exzision eine seit 1½ Jahren andauernde Heilung erzielt. Von den übrigen sind sieben gestorben, drei haben sich der Beobachtung entzogen, zwei stehen noch in Behandlung. *Götz-München.*

---

**Folia urologica.**

Band III, Heft 3. Dezember 1908.

1. **Über die Einwirkung einiger Nahtmaterialien auf das Nierengewebe.** Experimentelle Untersuchung von R. Faltin-Helsingfors. Die reaktiven Folgen, Resorption bezw. Narbenbildung bei Naht durch das Nierenparenchym je nach dem gewählten Nahtmaterial. 30 Abbildungen auf acht Tafeln: pathologische Präparate von Tierexperimenten und histologische Schnitte.

2. **Über einen sehr seltenen Fall von multiplen kongenitalen Divertikeln des Ureters,** von Alberto Pepere-Pisa. Kasuistik.

3. **Beiträge zur Frage der Spontanheilung bei Nierentuberkulose,** von Béla v. Rihmer-Budapest. Spontanheilung einseitiger Nierentuberkulose ist möglich und geht einher mit narbigem Ureterenverschlufs; parallel dazu geht die Niere als Organ zugrunde (dreimal beobachtet unter 17 operierten Fällen). Die Entfernung einer solchen, manchmal fast gänzlich ausgeheilten tuberkulösen Niere ist in jedem

Falle von rascher Zunahme des Körpergewichts gefolgt. Das Vorkommen der Spontanheilung soll keine Veranlassung geben, bei manifester einseitiger Nierentuberkulose die Operation in der Hoffnung auf dieselbe hinauszuschieben. Diese Spontanheilung geht langsam vor sich und bleibt fast immer unvollkommen, oft wird während dieser Zeit die Blase infiziert und so der richtige Zeitpunkt einer Operation mit Aussicht auf radikale Heilung versäumt. *W. Lehmann-Stettin.*

---

**Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.**

Band XVI. November 1908.

I. **Über einen Fall von Dermatitis exfoliativa chronica,** von A. Jordan. Die beschriebene, 37jährige Kranke, eine ledige Fabrikarbeiterin, wies im allgemeinen eine bräunlich-rote Verfärbung der Haut mit lamellöser Schuppung derselben auf. Die Haut des Gesichts war ein wenig atrophiert. Das Haupthaar wie die Augenbrauen waren stark gelichtet, die Haare in den Achselhöhlen wie an den Geschlechtsteilen total geschwunden. Die Hand- und Fufsrücken waren ödematös und die Haut daselbst näfste gelegentlich. Die Nägel waren unverändert. Starke Vergröfserung der Inguinal-, aber auch der Kubital- und Cervikaldrüsen. Atrophie der Schilddrüse. Nägel normal. Keine Erscheinungen von Tuberkulose. Von seiten des Nervensystems liefsen sich keine besonderen Veränderungen nachweisen. Menopause seit einem Jahr

Der mikroskopische Befund der Haut zeigte: Atrophie der Epidermis, mächtige Entwicklung des Rete Malpighii, herdweise, rundzellige Infiltrationen im Stratum papillare.

Im weiteren Verlauf der Krankheit kam es zu Abscefsbildung auf beiden Fufsrücken, später zu Influenza und zu katarrhalischer Pneumonie. Nach monatelang anhaltendem, intermittierendem Fieber schwand dasselbe im Sommer zugleich mit den pneumonischen Erscheinungen. Der Zustand der Haut besserte sich ein wenig, indem das Frostgefühl nachliefs, aber Röte und Schuppenbildung blieben weiter bestehen· Jordan spricht sich auf Grund der lamellösen, aber nicht kleienförmigen Schuppung der Haut, auf Grund der geringen Neigung zu Atrophiebildung, wie andererseits auf Grund der für Ekzem zu einförmigen Veränderungen der Haut mit Brocq dafür aus, dafs die Dermatitis exfoliativa chronica als eine besondere Krankheitsform anzusehen ist. Als Besonderheit dieses Falles wäre die Atrophie der Schilddrüse bei allen sonstigen fehlenden Symptomen von Myxödem anzuführen.

II. **Die negativen Seiten der Wassermannschen Reaktion**, von Selenew. In dieser kritischen Betrachtung aller bisher über diese Frage erschienenen Arbeiten· kommt S. zum Schlufs, dafs wir, trotz der Seroreaktion, dem klinischen Bilde der Syphilis unsere volle Aufmerksamkeit schenken müssen, da die Seroreaktion in zweifelhaften Fällen im Stich läfst und andererseits bei Leuten, die vor Jahrzehnten Lues gehabt und schon längst keine Erscheinungen mehr aufgewiesen haben, häufig positiv ausfällt. S. stimmt Blaschko völlig bei, dafs die positive Reaktion bei Fehlen anderer Zeichen von Syphilis weder zum Mafsstab der Einleitung einer neuen Kur, noch als Verbot der Eheerlaubnis aufzufassen ist.

III. **Ein krugartiger Apparat zum Zweck der Behandlung der Geschlechtsschwäche, der Hämorrhoiden der Prostatitis und der chronischen Urethritis mit ununterbrochenem Wasserstrahl,** von Ssusdalski. Soweit sich aus der Beschreibung ein Bild von dem Apparat machen läfst, handelt es sich um den Arzberger-Fingerschen Apparat, nur mit der Modifikation, dafs, sobald der eine, hoch angebrachte Krug sich entleert, und der andere, unten befindliche Krug sich mit Wasser gefüllt hat, ersterer heruntergeht und letzterer nach oben steigt, so dafs ein ununterbrochener Wasserstrahl hergestellt wird. *Arthur Jordan-Moskau.*

---

## Bücherbesprechungen.

**Die elektrische Funkenbehandlung (Fulguration) der Carcinome,** von LEOPOLD FREUND-Wien. (Ferdinand Enke, Stuttgart 1908.) Eine kritische Schrift, die die mit so grofser Begeisterung aufgenommene Krebsbehandlung mittels Fulguration nach DE KEATING-HART auf seinen wirklichen Wert zu prüfen versucht. Nach FREUND sind die experimentellen Grundlagen des Verfahrens vollkommen vernachlässigt worden, trotzdem Arbeiten auf diesem Gebiete von ihm selbst vorliegen, die fast zehn Jahre zurückdatieren. Das wirksame Prinzip ist nicht der Hochfrequenzstrom, sondern der Funken selbst, und dessen Einwirkung auf die Gewebe ist nach seinen eigenen Experimenten eine mechanische, thermische und chemische, die wohl imstande ist, Gewebe zu zerstören, aber nie eine gleichmäfsige Flächen- oder wesentliche Tiefenwirkung gewährleistet. Weiterhin aber fehlt dem Funken jede elektive Wirkung auf die Krebskeime, wahllos und unberechenbar geht der Funke mit mehr oder weniger zerstörender Kraft in das Gewebe. Das dem KEATING-HARTschen Verfahren Eigentümliche ist nun die Kombination der Funkenentladung mit einem operativen Eingriff, der immerhin so ausgiebig gestaltet werden soll, als es die Lage des Falles gestattet. Diesem Eingriff schreibt F. in erster Linie die bisherigen guten Erfolge zu; zu kombinieren wäre dieser besser mit einem elektiv wirkenden Verfahren, wie z. B. dem Röntgenverfahren. Würde diese von FREUND (aber auch von anderer Seite) vorgeschlagene Kombination häufiger geübt, so würden die Resultate die Erfolge KEATING-HARTS bald in den Schatten stellen. Jedem, der sich für das Thema interessiert, vor allem aber jedem Chirurgen, die ja fast ausnahmslos der Röntgenbehandlung ebenso kritisch gegenüber stehen, wie sie sich mit Begeisterung auf die Fulguration geworfen haben, sei das Studium der vollkommen sachsich gehaltenen FREUNDschen Schrift eingehendst empfohlen.

*W. Lehmann-Stettin.*

**Die neueren Fortschritte auf dem Gebiete der Radioaktivität,** von HEINRICH GREINACHER-Zürich. (Friedrich Vieweg & Sohn, Braunschweig 1908.) Die von Anfang 1906 bis Mitte 1908 veröffentlichten Arbeiten über radioaktive Substanzen und ihre physikalischen Eigenschaften sind in ihren Resultaten, vor allem insoweit sie gegen frühere Bearbeitungen dieses Gebietes Neues bringen, von G. zu einer Übersicht zusammengefafst worden, die uns einen Einblick gewährt in die aufserordentlich rege wissenschaftliche Tätigkeit der Physiker auf diesem Gebiete. Obwohl rein physikalisch, wird die Arbeit doch jedem, der mit Radium arbeitet oder sich dafür interessiert, interessante Aufschlüsse bringen über das Wesen vieler bis dahin unklarer Vorgänge; so z. B. vom Wesen der $\gamma$-Strahlen und die bis jetzt angenommene Identifizierung derselben mit Röntgenstrahlen u. a. m. Dem Bedürfnis nach einer zusammenfassenden Darstellung über den jetzigen Stand unserer Kenntnisse auf dem Gebiete der Radioaktivität wird das Büchlein in jeder Weise gerecht. *W. Lehmann-Stettin.*

**Über die Bedeutung der Lupuskrankheit und die Notwendigkeit ihrer Bekämpfung,** von NEISSER-Breslau. (Dr. Werner Klinkhardt, Leipzig 1908.) Eine ebenso präzise, wie zu gleicher Zeit allgemein verständliche Abhandlung, die in markanten Worten auseinandersetzt, was Lupus ist und welches die Schädigungen für den Einzelnen wie für die Allgemeinheit sind; wie der Lupus verhütet und geheilt werden kann, und welches die Schwierigkeiten, die dem im Wege stehen, sind.

N. schlägt zur wirksamen Bekämpfung des durch den Lupus erzeugten Elends folgende Mafsnahmen vor:

1. Gründung von Lupusheimen als Nebenstationen für Kliniken und Hospitäler, die bereits als Lupusheilstätten eingerichtet sind.

2. Gründung von Lupusheilstätten da, wo für die Behandlung der Lupösen noch keine Fürsorge vorhanden.

3. Belehrungskurse, speziell für die Kreis- und Impfärzte, um eine möglichst frühe Diagnose zu erreichen.

4. Aufsuchen der Lupusfälle, in erster Linie durch regelmäfsige Untersuchung der Schulkinder.

5. Fürsorge für die Geheilten und Fast-Geheilten, um ihnen geeignete Stellungen zu verschaffen. *W. Lehmann-Stettin.*

**Diagnose und Therapie des Ekzems**, von S. Jessner-Königsberg. (Dermatologische Vorträge für Praktiker, Heft 14 und 16. 2. Auflage. Curt Kabitzsch, A. Stubers Verlag, Würzburg 1909.) J. kann mit dem Erfolge, der seinen dermatologischen Vorträgen zuteil wurde, zufrieden sein; es werden kaum allzuviele medizinische Publikationen solchen — übrigens wohlverdienten — Beifall und solche Verbreitung gefunden haben. Nunmehr sind auch die beiden Hefte, in denen Diagnose und Therapie des Ekzems behandelt werden, in 2. Auflage erschienen. *Götz-München.*

---

# Mitteilungen aus der Literatur.

## Traumatische Entzündungne.

**Die Behandlung von Verbrennungen mit Bierhefe,** von Plantier-Annonay. (*Gaz. d. Hôpit.* 1908. Nr. 118.) Verfasser rühmt der Bierhefe nach, dafs sie einesteils eine beinahe sofortige Beseitigung der Schmerzen und anderenteils eine ungemein schnelle Heilung der Läsionen herbeiführe. Die Hefe (es kann auch Bäckerhefe verwendet werden) wird mit abgekochtem, lauwarmem Wasser zu einem dicken Brei angerührt und hiermit werden Kompressen von sterilisiertem Mull imprägniert. Diese legt man der Längsaxe des verbrannten Gliedes entsprechend auf. Bei der Applikation quer zur Längsaxe kann beim Eintrocknen eine unliebsame Kompression erzeugt werden. Die Kompressen werden mit einigen Bindentouren möglichst exakt befestigt und brauchen in manchen Fällen erst nach drei Tagen erneuert zu werden.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Behandlung der schweren und ausgedehnten Verbrennungen,** von Layme Ferreira - Lissabon. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 34.) F. empfiehlt, Brandblasen mit einer aseptischen Nadel aufzustechen, die verbrannten Partien täglich in warmer Sublimatlösung 0,05 : 2000,0 zu baden und hierauf mit einer Mischung von 0,25 Stovain und 10,0 Dermatol mit 10,0 Oleum amygdalarum dulcium zu bedecken und zu verbinden; vom zwölften Tage ab wird statt dessen eine Thiol-Borsäuresalbe appliziert. Die Nahrung der Kranken soll ausschliefslich in Milch bestehen, die mit einem alkalischen Wasser verdünnt und mit Milchzucker versetzt ist, als Getränk dient aufserdem Limonade, der Darm wird durch Spülungen und durch Klystiere mit Rizinusöl gereinigt. Um Herzkollapse hintanzuhalten, injiziert F. Kampheröl und Strychnin, zur Verhütung von Komplikationen seitens der Lungen dient der Gebrauch von

*Ammonium acetic.* 6,0
*Natr. bencoic.* 2,0
*Sirup. eucalypti*
*Aq. dest.* ≡ 100,0

S. Drei- bis viermal täglich einen Eſslöffel voll.

Zur Bekämpfung des Fiebers wird Euchinin, gegen Schlaflosigkeit Hypnal gegeben. Während und nach der Rekonvaleszenz wird, um das Auftreten von Nierenaffektionen zu verhüten, einige Zeit kochsalzfreie Kost verabreicht und gleichzeitig die Hautfunktion durch warme Bäder und Douchen angeregt. Häſsliche, fehlerhafte Narben können durch Bestrahlungen mit Finsenlicht verbessert werden.

*Götz-München.*

**Die Opfer der Röntgendermatitis in England**, von Alfred E. Dean-London. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XII, Heft 6. Okt. 1908.) Aufzählung und kurze Charakterisierung von 20 Fällen von Dermatitis, die bei Personen, die sich mit Röntgenstrahlen zu beschäftigen hatten, aufgetreten. Darunter drei schwere Fälle, die zu umfangreichen Amputationen geführt haben und einen Todesfall durch Metastasenbildung eines auf dem Boden der Röntgenveränderung entstandenen Carcinoms. (In keinem dieser Fälle geschieht irgendwelcher anderer Störung etwa der inneren Organe, der Hoden oder dergl. Erwähnung.) Nach den bisher in England gemachten Erfahrungen ist es absolut ausgeschlossen, daſs irgendwelche Besserung oder Heilung einer Röntgendermatitis zu erwarten ist, solange irgend ein Irritans die Haut trifft, solange also auch die Beschäftigung mit den Röntgenstrahlen nicht vollständig aufgegeben wird.

*W. Lehmann-Stettin.*

**Ein weiterer Fall von Augenerkrankung mit einem künstlichen Düngemittel**, von Richard Hessberg-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 33.) H. beobachtete bei einem Manne, dem beim Ausstreuen von Kunstdünger etwas Superphosphat in das rechte Auge geflogen war, eine überaus schwere, unter dem Bild der Panophthalmitis verlaufende Augenerkrankung; an beiden stark geschwollenen Lidern kam es zur Abscefsbildung, die Hornhaut schmolz eitrig ein und perforierte, der bei der Entfernung abfliefsende Glaskörper war trübgelblich verfärbt. Der Fall endete mit Phthisis bulbi; das linke Auge blieb gesund. In den Kulturen, die aus dem Eiter der Lidabcesse angelegt wurden, wuchsen nur weiſse Staphylokokken. — So schwere Veränderungen des ganzen Orbitalinhaltes sind bei den bisher beobachteten durch künstliche Düngemittel verursachten Augenerkrankungen nicht aufgetreten. *Götz-München.*

**Über eine epidemische Form von Dermatitis bei Reisfeldarbeitern**, von Omodei-Zoroni. (*Corr. sanit.* 23. Aug. 1908.) Verfasser bespricht hier nicht jene Hauteruptionen, die bei vereinzelten Arbeitern in Reisfeldern vorkommen, infolge des langen Verweilens in Wasser, Verletzungen mit scharfkantigen Gräsern usw., sondern von jenen noch unerklärten Epidemien, die fast gleichzeitig Hunderte von diesen Arbeitern befallen unter der Gestalt von Eruptionen, die, zunächst papulös, rasch vesikulös und pustulös werden und in feuchte Ekzeme übergehen. Er glaubt nicht, daſs die Ursache des Übels im Dünger zu suchen sei, da solcher keineswegs überall angewendet wird, wo die Epidemien angetroffen wurden; auſserdem sei das Düngemittel (schwefelsaures Ammonium-Perphosphat, Kalk usw.) in einem solch verdünnten Zustande im Wasser enthalten, daſs es kaum schädlich wirken könne, da wo Dünger wirklich angewendet wird. Es frägt sich vielmehr, ob nicht vielleicht die starke Acidität des Wassers infolge von Zersetzungsprozessen im Wasser, kleine Pflänzchen mit Stacheln, lebende, mit dem bloſsen Auge nicht sichtbare Wesen usw. als Ursachen der Dermatose in Frage kommen. *C. Müller-Nyon.*

**Die Zementkrätze**, von René Martial-Paris. (*Presse méd.* 1908. Nr. 64.) Die „Zementkrätze" ist eine Krankheit, die man in letzter Zeit öfters beobachtet, seit man Zement in ausgedehnterem Maße für verschiedenartige Bauten anwendet. Die Krankheit tritt namentlich an den Händen, zwischen den Fingern, aber auch am Handrücken, den Armen, seltener an der Brust und sonstigen Körperstellen auf. Es besteht Pruritus und dann entwickeln sich kleine Knötchen, die an Umfang zunehmen, auch exulcerieren, eitern und Krusten bilden. In einem weiteren Stadium kompliziert sich die Krankheit mit Lichen und Ekzem. An den Augen kann es zur Bildung von Conjunctivitis und Keratitis kommen. Die reizenden Eigenschaften des Zementes sind einerseits auf den in demselben enthaltenen kohlensauren Kalk, andererseits im Gehalte an Schwefelsäure, der je nach der Fabrikationsart zwischen 1,5% und 3% schwankt. Auch das Wasser, das zum Anmachen des Zementes verwendet wird, dürfte mit der Zeit eine reizende Einwirkung auf die Haut ausüben.

Die Behandlung besteht in Aussetzen der Arbeit, Reinigung der Haut von anhaftenden Zementpartikeln und Applikation Lassarscher Paste auf die kranken Stellen. Sind die Infiltrate tiefer gedrungen und besteht auch Lichenifizierung, so ist das Hinzufügen von Ol. cadini von Vorteil. Bei Bestehen starker Entzündungserscheinungen ist der Salbenbehandlung eine antiphlogistische vorauszuschicken.

*E. Toff-Braila.*

**Dermatitis als Folge des reizenden Einflusses**, von Nathan T. Beers-Brooklyn. (*New York med. Journ.* 12. Sept. 1908.) Metol oder Monomethylparamidophenolsulphat wird häufig in der Photographie als reduzierendes Mittel, entweder allein oder kombiniert mit anderen Agentien, wie Pyrogallussäure und Hydrochinon, angewandt, und die hohe Schätzung, in der es bei den Photographen steht beruht auf der Raschheit seiner Wirkung. Zuweilen entsteht nun durch diese Substanz eine hochgradige Hautreizung, Rötung, Schwellung, Bildung von Bläschen, welche aufbrechen, ein alkalisches Serum auslassen, Krusten und schließlich Abschuppung. Subjektiv ist heftiges Brennen und Jucken vorhanden, an unbedeckten Körperstellen auch heftiger Schmerz. Diese durch Metol bewirkte Hautaffektion ist sehr ähnlich der durch Epheuvergiftung hervorgerufenen, aber gewöhnlich auf Finger oder Hände beschränkt und zeigt keine Neigung, sich weiter zu verbreiten, jedoch im Gegensatz zur Epheudermatitis Neigung zu chronischer Dauer. Prophylaktisch ist es wichtig, Metol in jeder Form oder Lösung zu meiden, wenn irgend Risse in den Händen oder Nägeln vorhanden sind; beim Gebrauch der Metol-Lösung tauche man bloß die Fingerspitzen ein und reinige sie hernach gut in Wasser. Als schützende Lösung hat sich B. übrigens eine gesättigte Lösung von Paraffin in Benzin bewährt. Die Behandlung der Metoldermatitis ist die gewöhnliche mit kühlenden, adstringierenden Lösungen, bei vorhandenen Hautrissen mit Salben (Quecksilber-, Karbol- oder Zinksalicyl-), welchen Resorcin oder Öl zugesetzt werden kann. *Stern-München.*

**Rhus toxicodendron und Arnica**, von H. L. Smith-London. (*Lancet.* 20. Sept. 1908.) Verfasser hat zwei Fälle von Dermatitis als Folge von Berührung mit Rhus toxicodendron kürzlich beobachtet, desgleichen eine durch die Applikation von Arnicatinktur (zur Behandlung einer Verstauchung) erzeugte Dermatitis. Die sehr lästige Entzündung wich auf Anwendung von Pikrinsäure (℞ Acid. picrin. 0,25, Spirit. vini 3,5, Aq. destillat. ad 30,0). Die Tinktur des Rhus toxicodendron hat er im Verein mit Tinctura nucis vomicae und Tinctura fuchu (?) in Dosen von 0,3 als wirksam bei Incontinentia urinae bei Kindern erprobt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

## Neurotische Entzündungen.

**Rezidivierender Gesichtsherpes bei Kindern,** von W. Dubreuilh. (*Journ. de Méd. de Bordeaux.* 11. Aug. 1907.) Es werden fünf Fälle beschrieben, wo ein Herpes auf einer Wange in Zwischenräumen von einem Monat bis zu einem Jahre auftraten. Der Beginn lag meist im dritten bis vierten Jahre. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Die Behandlung der Duhringschen Krankheit mittels kleiner Dosen von Natriumsulphat,** von Bruveyron-Lyon. (*Semaine méd.* 1908. Nr. 44.) Angeregt durch die Wahrnehmung, daſs eine Verschlimmerung der Dermatose im Gefolge von Leberanomalien auftrat, gab B. bei einem 55jährigen Herrn einen um den anderen Tag 5 g Glaubersalz mit sehr befriedigendem Erfolg, nachdem die sonstige Medikation, namentlich Jodnatrium, versagt hatte. Späterhin wiederholte er bei zwei sich einstellenden Rezidiven diese Verordnung, doch mit der Modifikation, daſs täglich dreimal 1 g des Salzes genommen wurde; er erzielte jedesmal eine prompte Besserung.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Akute Exantheme.

**Über eine lokalisierte, vermutlich durch infizierte Milch entstandene Epidemie von Scharlach,** von C. A. Cameron-Dublin. (*Lancet.* 5. Sept. 1908.) Auf einem Umkreis von etwa 1 km kamen im Laufe von 14 Tagen 16 Erkrankungen vor; die erkrankten Personen hatten alle die Milch von einer bestimmten Meierei getrunken, und die Frau des Besitzers sowie die beiden in der Milchwirtschaft beschäftigten Arbeiter litten an akuten Halsaffektionen. Ein zwingender Beweis, daſs die Milch in diesem Falle der Krankheitsträger war, ist aus der Mitteilung zwar nicht zu entnehmen, aber ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit liegt doch vor.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über den Scharlacherreger,** von Gamaleia-Odessa. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 40.) Autor glaubt den Scharlacherreger gefunden zu haben. „Die typische Grundform ist die einer Myosotis, fünf Kugeln, die ringsum einer sechsten, im Zentrum liegenden angeordnet sind. Rein kommt die Form in merkwürdig geometrisch regelmäſsiger Anordnung vor. Die Myosotis wurde in Haut, Rachen, inneren Organen gefunden, nicht nur frei, sondern auch innerhalb polynukleärer Leukocyten. Auf fixierten und gefärbten Schnitten (Hämatoxylin — Giemsa) treten diese Myosotis entweder vollkommen farblos oder nur mit gefärbten Zentralkügelchen und ungefärbten fünf Blütenblättern auf, oder endlich in der Form von ungefärbten sechs Kügelchen, von welchen jedes einen zentralen gefärbten Kern enthält.“ Autor nennt den Erreger Synanthozoon scarlatinae und läſst die Frage seiner Stellung im System der Protisten offen. Einige der Formen sollen den von Mallory gefundenen rosettenartigen Gebilden und den von Prowazek beschriebenen Chrysanthemumblütchen entsprechen. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Das Wiederaufflammen einer bereits abgelaufenen Cutanreaktion während einer Scharlachinfektion,** von P. Heim und M. K. John. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 33.) Bei einem Kind, welches vor einem Monat auf Cutanimpfung akut reagierte und danach vier Injektionen ATO (verdünntes Filtrat einer humanen Tuberkelkultur) bekam, und welches nach der genannten Zeit an Scharlach erkrankte, kam diese Reaktion mit dem Auftreten des Scharlachexanthems wieder zum Vorschein. Auſserdem trat eine starke lokale Reaktion der vier Injektionsstellen auf.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Drei Fälle von Hemiplegie nach Scharlach,** von J. D. Rolleston - London. (*Review of Neurology and Psychiatry.* Sept. 1908.) Die drei Fälle fanden sich in weiblichen Patienten von 11, 13 bezw. 24 Jahren und sind die einzigen unter den in den letzten acht Jahren im Grove-Hospital behandelten 10781 Scharlachfällen. In zweien der Fälle bestand gleichzeitig Aphasie, die unter den in der Literatur gesammelten 66 Fällen von Hemiplegie bei Scharlach 25 mal notiert wurde. Die Ursache ist gewöhnlich eine Hirnembolie, kann aber auch eine Thrombose, Gehirnblutung oder akute Encephalitis sein. Die Prognose ist ungünstig. *W. Lehmann-Stettin.*

**Über das Vorkommen und die Behandlung der Scharlachotitis,** von F. R. Mayer - Basel. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1908. Nr. 18.) In dem Zeitraum vom 1. Oktober 1903 bis 1. Januar 1908 wurden in Basel 1919 Scharlachfälle angemeldet; davon wurden 750 Patienten systematisch untersucht, und es wurden bei 59% dieser Patienten normale Gehörorgane festgestellt. In rund 23% waren die Veränderungen der Gehörorgane auf die Scharlachinfektion zurückzuführen, und zwar bestand in 5% der Fälle eine Tubenaffektion, in 9,4% Otitis media catarrhalis, in 6,5% Otitis media purulenta, in 1% Wiederauftreten einer Otorrhoe bei bisher trockenen Residuen.

Bezüglich der Behandlung der Scharlachotitis verweist der Verfasser im wesentlichen auf die Arbeit Siebenmanns (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1908. Nr. 2) und hebt hervor, dafs Kinder mit adenoiden Vegetationen besonders zu Scharlachotitiden neigen. *Schourp-Danzig.*

**Zur Frage der Komplementablenkung bei Scarlatina,** von Harald Boas und G. Hauge - Kopenhagen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 34.) Zwecks Nachprüfung der Arbeit von Much und Eichelberg untersuchten die Autoren 61 Sera von Scharlachkranken auf eine etwaige Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion. Das Resultat war, dafs in 60 Fällen eine völlige Hämolyse und nur in einem Falle eine mäfsige Hemmung eintrat.

„Soweit aus diesen 61 Fällen geschlossen werden kann, ist die Komplementablenkung, mit der von uns angewandten Technik, bei Scarlatina eine so seltene und verschwindet so schnell nach der Krankheit, dafs sie den grofsen praktischen diagnostischen Wert der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis in keiner Weise beeinträchtigen kann.“ *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über einige Beobachtungen bei Scharlachepidemien,** von Rubens - Gelsenkirchen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 42.) Diphtheriebazillen wurden bei Scharlachangina nie gefunden. Bei schwerer Angina haben sich stündliche Einblasungen in den Mund, mit einem geraden Pulverbläser ausgeführt, von Natr. sozojodolicum und Flor. sulf. āā bewährt. *Arthur Schucht-Danig.*

**Über Serumreaktionen bei Scharlachkranken,** von E. Seligmann und F. Klopstock. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 38.) Bei einer zeitlich durch einen Monat unterbrochenen Versuchreihe zeigte es sich, dafs mit demselben Antigen (alkohol. Extrakt aus normalen Menschenherzen) bei den späteren Versuchen Komplementbindung in den Seren Nichtsyphilitischer (Wassermann-, Neisser-, Brucksche Reaktion) erzielt wurde. Mit den zu gleicher Zeit untersuchten Scharlachseris trat in fast allen Fällen Komplementbindung ein. Die Ursache liegt offenbar in unbekannten Veränderungen des Antigenextraktes. Praktisch wichtig ist dieser Befund, weil er ergibt, dafs die allgemein geübte Kontrolle des Antigenextraktes mit einem Normalserum nicht genügt, und dafs auch die bei Einstellung des Extraktes geübte Kontrolle an einer Reihe von Normalseren nicht vor Fehlerquellen schützt. Es bleibt dahingestellt, ob diese Fehlerquelle für die Entstehung der positiven Befunde von Much und Eichelberg in Betracht kommt. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über das Verhalten des Serums von Scharlachkranken bei der Wassermannschen Reaktion auf Syphilis,** von Fritz Hoehne-Frankfurt a. M. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 38.) Autor untersuchte die Sera von 37 Scharlachkranken mittels der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion und erhielt stets negative Resultate im Gegensatz zu den Resultaten von Much und Eichelberg. Diese Fälle zusammen mit den von anderen Autoren untersuchten ergeben 183 Scharlachfälle, bei welchen die Reaktion stets negativ ausfiel. Vielleicht seien die abweichenden Resultate von Much und Eichelberg durch Differenzen in der Methodik verursacht, etwa die Verwendung zu großer Serummengen seitens dieser Autoren.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Komplementablenkung bei Scharlach,** von Much und Eichelberg. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 39.) Polemik mit Meier; enthält nichts Neues.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Zur Frage der Komplementbindung bei Scharlach,** von Felix Schleissner-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 40.) In 20 Fällen von Scharlach, die mit der Wassermannschen Serumreaktion untersucht wurden, konnte niemals wirkliche Komplementbindung konstatiert, die Befunde von Much und Eichelberg also nicht bestätigt werden. Ebensowenig ergaben einige nach der Lecithinausflockungsmethode von Porges-Meier untersuchte Fälle ein positives Resultat, während einzelne nach Klausner vorgenommene Reaktionen bald positiv, bald negativ waren, ohne daß eine Ursache für das Auftreten oder Fehlen der Reaktion festgestellt werden konnte.

*W. Lehmann-Stettin.*

**Die Wassermannsche Reaktion bei Scharlach,** von Zeissler-Hamburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 42.) Autor nimmt die an dem gleichen Institut gewonnenen Resultate von Much und Eichelberg, welche in einer großen Zahl von Scharlachfällen positive Reaktion erhielten, gegen die Angriffe von Jochmann und Töpfer und von Meier in Schutz, welche ausschließlich negative Resultate erhielten. Zur Deutung der Verschiedenheiten in den Resultaten kommen nach seiner Ansicht in Betracht: Eine Änderung der Eigenschaften des Antigens (Seligmann und Klopstock), oder vielleicht eine Verschiedenheit im Charakter der einzelnen Scharlachepidemien. Die negativen Resultate von Hoehne hält er entweder für durch letzteren Punkt bedingt oder für eine Folge der seiner Ansicht nach verfeinerten Frankfurter Modifikation des Komplementbindungsverfahrens. Die Schlußbehauptung, auf dem Wiener Kongreß war der Zeitpunkt noch nicht gekommen, die Wassermannsche Reaktion der Öffentlichkeit zu übergeben, ist nach Ansicht des Referenten nicht zutreffend, da selbst sichere positive Reaktionen bei einer bestimmten Infektionskrankheit wie Scharlach die praktische Bedeutung und Verwertbarkeit der Methode bei Syphiliskranken nicht herabsetzt. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Sind die Ergebnisse der Untersuchungen am Serum von Scharlachkranken geeignet, den praktischen Wert der Wassermannschen Serumreaktion als illusorisch erscheinen zu lassen?** (*Semaine méd.* 1908. Nr. 42.) Aus einer ziemlich ausführlich wiedergegebenen Literaturzusammenstellung zieht de Maurans den Schluß, daß die Angaben von Much und Eichelberg über den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei Scharlachkranken keine beweiskräftige Bestätigung von anderer Seite erfahren haben. Es ist im ganzen über 203 exakte Beobachtungen berichtet, bei denen Scharlachkranke die Syphilisreaktion nicht aufwiesen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über die Behandlung scharlachkranker Kinder,** von Karl Oppenheimer-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 32.) O. glaubt, daß bei Scharlachkranken die ohnedies gefährdeten Nieren durch Bäder, kühle Übergießungen und

kalte Einpackungen, sowie durch Darreichung von Fleisch, Fleischsuppen und Eiern geschädigt werden können; er empfiehlt daher, bei der Behandlung scharlachkranker Kinder von hydrotherapeutischen Prozeduren Abstand zu nehmen und die Patienten ausschliefslich mit Milch, Milchspeisen, Brot, Gemüsen, Obst, Butter und Mehlspeisen, die keine Eier enthalten, zu ernähren. Er hat unter dieser Behandlung bei über 150 Fällen niemals eine Nierenentzündung entstehen sehen.

Heubner rät, scharlachkranke Kinder, um die Ansteckung gesunder Geschwister zu verhüten, sofort nach Stellung der Diagnose in ein Spital zu verbringen. Diesem Verschlage stimmt O. zu unter der Bedingung, dafs, wenigstens in besser situierten Kreisen, die Mutter bei ihrem Kind im Spital bleiben kann, und dafs die Möglichkeit gegeben ist, das Kind durch den Hausarzt weiter behandeln zu lassen.

*Götz-München.*

**Hydrotherapie bei Scharlach,** von D. S. Hanson-Cleveland. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 16.) Empfehlungen von Bädern von 90° F., besonders bei Auftreten nervöser Störungen. *Schourp-Danzig.*

**Über Behandlung mit Pyocyanose bei Scharlach,** von Saar-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 36.) Über das Wesen des wirksamen Prinzips der Pyocyanose sind abweichende Ansichten ausgesprochen worden, doch erscheint es am wahrscheinlichsten, dafs man es dabei mit einem hitzebeständigen, bakteriziden Lipoid zu tun hat. Nach dem Vorgang anderer Beobachter hat S. bei Scharlach (acht Fälle) das Mittel als Spray zum Auflösen der Rachenmembrane verwendet und ist mit dem Erfolg sehr zufrieden. Es wurde drei- bis viermal täglich gesprayt, mit fünf bis zehn Zusammenpressungen des Gummiballons. Das Mittel wird von der Firma Lingner in Dresden vertrieben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über 558 Fälle von Masern,** von Ruggiero. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* 1908. Nr. 21.) Es handelt sich um eine Masernepidemie in Spoleto, wobei 558 offiziell bekannt wurden; der Verfasser meint deshalb, dafs man die Zahl etwa mit zwei oder drei multiplizieren müsse, um die Gesamtzahl der Erkrankten zu gewinnen. Die Epidemie verlief ungemein gutartig, mit zwei Todesfällen an Bronchopneumonie bei einem 18jährigen Mädchen und einer 71jährigen Frau. Verfasser führt die verschiedenen Ansichten über Pathogenese usw. der Affektion an. Was unter anderen das Zeichen von Koplik anbelangt, so meint er, dafs demselben eine absolute diagnostische und prognostische Bedeutung nicht zukomme. Bemerkenswert ist die Tatsache, dafs von 113 gegen Pocken geimpften Kindern 105 von den Masern während der genannten Epidemie verschont geblieben sind. *C. Müller-Nyon.*

**Vorschläge zu einer medikamentösen Prophylaxe der Masern,** von J. Langer-Graz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 22.) In seiner eigenen Familie hat Verfasser konstatiert, dafs bei zwei kleinen Kindern, welche Inhalationen mit Wasserstoffsuperoxyd ausführten, die erwartete Masernerkrankung trotz ausgiebiger Infektionsgelegenheit ausblieb. Weitere, allerdings noch nicht sehr zahlreiche sonstige Beobachtungen bestätigten den Wert des Verfahrens. Man verschreibt: R. Perhydrol. Merck 10,0, Aqu. destillat. 300,0 und läfst mit dieser Mischung das Vorlageglas des üblichen Dampfinhalationsapparates füllen; es werden also 20—25 ccm der Lösung bei jeder Sitzung als Spray verbraucht. Eine solche Sitzung läfst man mindestens drei- bis viermal täglich vornehmen. Da für viele Kinder die Masern keineswegs ganz ungefährlich sind, verdient die Methode jedenfalls weitere Prüfung.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Zur Masernprophylaxe,** von Hans Degle-Kindberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 32.) Vor kurzem hat Langer (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 21) auf Grund einer an seinen eigenen Kindern gemachten Erfahrung Inhalationen von

Wasserstoffsuperoxydlösung als wirksames Prophylaktikum gegen Maserninfektion empfohlen. Unter Bezugnahme darauf berichtet D. kurz über zwei Kinder, die trotz innigsten Kontaktes mit masernkranken Geschwistern verschont geblieben sind, um dann zwei Jahre später gelegentlich einer neuen Epidemie an den Masern zu erkranken.

*Götz-München.*

**Atypisches aus der diesjährigen Wiener Masernepidemie,** von J. F. Friedjung-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 37.) Die in den hier mitgeteilten Krankengeschichten beschriebenen Ausnahmeerscheinungen umfassen einen Fall von schwerer Enteritis mit Paratyphusbazillen im Stuhlgang nach vorherigem typischen Masernexanthem, einige Fälle von zeitlicher und von dauernder Immunität, Fälle von verlängerter Inkubationsdauer, ferner von Fiebererscheinungen schon während der Inkubationsperiode, einen Fall von Morbilli sine exanthemate und einige andere Einzelheiten seltenerer Art. Überhaupt war diese Epidemie namentlich in der zweiten Hälfte reich an ungewöhnlichen Erscheinungen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Zur Klinik des Paratyphus und zur Kasuistik von Mischinfektion an Paratyphus B und Masern,** von E. Stolkind-Moskau. (*Arch. f. Kinderheilk* 49. Bd. 1. und 2. Heft.) Ein einjähriges Kind erkrankte mit Erscheinungen der Dysenterie; die am fünften Krankheitstage vorgenommene Untersuchung der Exkremente auf Dysenterie mittels Kulturverfahrens ermittelte aber auf spezifischen Nährböden keine Dysenteriebazillen. Weitere Untersuchungen liefsen den Bacillus Paratyphus B gewinnen, dessen Anwesenheit durch die serodiagnostische Blutuntersuchung bestätigt wurde. Der Verlauf des Leidens war schwer und wurde noch ungünstiger als eine Masernerkrankung hinzukam. Bei grofser Allgemeinschwäche traten als Komplikationen auf: Soor, schwere ulceröse Stomatitis, Lungenentzündung, bedeutende Vergröfserung der Leber, schwere Herztätigkeit. *Schourp-Danzig.*

**Untersuchungen über die Variola,** von S. v. Prowazek und H. de Beaurepaire-Aragao. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 44.) Filtrationsversuche, welche Verfasser mit Variolavirus an sorgfältigst hergestellten Agarfiltern ausführten, lieferten ihnen in einer Reihe von Fällen regelmäfsig ganz spezifische, vollkommen runde, deutlich (nach Löffler) rotgefärbte Körperchen, welche kleiner als die kleinsten Bakterien, etwas kleiner als die von Paschen beschriebenen Vaccinekörperchen waren. Dieselben vermehren sich durch Zweiteilung, indem sie vorher etwas an Gröfse zunehmen. Nach Gram färben sie sich nicht und mit Fuchsin nach Ziehl oder mit Giemsas Eosinazur nur andeutungsweise. Verfasser glauben, diese Körperchen als die Krankheitserreger ansehen zu dürfen. Eine zweite Reihe von Untersuchungen betraf das Verhalten des Variolavirus im Körper. Dasselbe wird offenbar binnen kurzer Zeit in den Zellen deponiert, kreist nicht lange im Blute und lokalisiert sich vorwiegend im Ektoderm. Im Blute sind trotz ausgiebiger Infektion Antikörper in irgendwie beträchtlicher Menge nicht nachzuweisen aufser etwa 12 bis 14 Tage nach Aufnahme des Virus. Durch Saponin, Galle, taurocholsaures und ölsaures Natrium wird das Variolavirus abgetötet. Es besteht eine Art von Symbiose zwischen dem vermutlichen Variolaerreger und einem Streptococcus, wenigstens trifft man immer beide zusammen an. Die intensivsten Reaktionen an der Kaninchencornea wurden erzielt durch eine Verbindung des Variolavirus mit aktivem Serum (normales Menschenserum, Pferdeserum oder anderes) und Streptokokken. Letztere können auch durch Erhitzen auf 60° während einer halben Stunde) dabei abgetötet sein.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Eine Epidemie von Kuhpocken,** von A. B. Green-Elstree. (*Lancet.* 5. Septbr. 1908.) Unter einem Bestande von 27 Kühen entwickelten 25 an den Eutern Rhagaden

und kleine Geschwüre. Eine Woche später bemerkte der Besitzer an seinen Händen, später auch an anderen Körperstellen Läsionen, welche sich als typische Vaccinebildungen herausstellten. Auch drei andere Personen, welche mit den Kühen zu tun hatten, wurden affiziert. Der Entstehungsmodus dieses wohl charakterisierten Ausbruchs konnte nicht weiter klargelegt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Eine Belehrungsschrift über Schutzblattern aus dem vorigen Jahrhundert,** von Hermann Schöppler, k. b. Oberarzt. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 46. Bd., Heft 7.) Die kleine Arbeit des praktischen Arztes Johann Wetzler in Straubing aus dem Jahre 1802 ist interessant als Aufklärungsschrift, die auf kurfürstlich-bayerischen Befehl zur Verbreitung im ganzen Lande herausgegeben wurde. W. sucht durch Aufzählen der schrecklichen Folgen der Blatternerkrankung seine Leser aufmerksam zu machen und geht dann mit Ermahnung und schliefslich Drohungen vor; er bespricht auch die Art des Impfens und den Verlauf der Krankheit und fügt eine sehr nachdrückliche Mahnung bei, nicht auf die Gegner der Schutzpockenimpfung, deren es damals auch schon gegeben hat, zu hören und in entsprechender Weise die Impfung vornehmen zu lassen, d. i. nur von Ärzten. *Stern-München.*

**Studien zur Immunität und Morphologie bei Vaccine,** von Arndt. (*Centralbl. f. Bakter.* 47. Bd., Heft 2.) Die Versuche, welche A. an Kaninchen und in je drei Fällen an Huhn und Taube anstellte, führten zu folgenden Ergebnissen: Die Immunisierung des Kaninchens durch cutane, sowie subcutane Impfung mit aktiver Lymphe ist möglich. Eintritt von Immunität konnte nach subcutaner Impfung mit inaktivierter bezw. abgetöteter Lymphe beim Kaninchen nicht festgestellt werden. Eine passive Immunisierung des Kaninchens gegen Impfungen mit aktiver Lymphe durch subcutane Einverleibung von Immunkörpern scheint möglich zu sein. Immunität der Kaninchenhornhaut tritt nach Impfung mit lebender Lymphe ein, während sie nach Impfung mit abgetöteter Lymphe ausbleibt; sie ist auf die Impfstelle beschränkt und zwar an die Epithelzelle als solche gebunden. Das in den intercellulären Räumen etwa aufgespeicherte Virus steht nicht in Beziehungen zum Immunisierungsvorgang. Das intercelluläre Vorkommen des Virus erklärt es, dafs eine Hornhaut, wiewohl immun, doch ihre Infektiösität behalten kann. Abrin und Ricin töten das Virus der Lymphe ab, während dem Saponin diese Fähigkeit zu fehlen scheint. Die Guarnierischen Körperchen erklärt A. für Reaktionsprodukte der Zelle auf das Eindringen des Virus; wie aber diese Reaktion zustande kommt, darüber herrscht noch völlige Unklarheit. *Stern-München.*

**Infektion eines Kindes mit generalisierter Vaccine, übertragen von den normalen Impfpusteln des Bruders,** von Erwin Kobrak-Berlin. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 40.) Ein 3½jähriger, an chronischem teils nässendem Ekzem am ganzen Körper leidender Knabe wurde von seinem vor 2½ Wochen geimpften, im besonderen Bette schlafenden Bruder mit generalisierter Vaccine infiziert, deren Verlauf ein recht schwerer war. Verfasser empfiehlt deshalb folgenden von Lublinski aufgestellten Satz zu beachten: Es ist nicht nur von einer Impfung ekzematöser Kinder abzusehen, sondern auch grofse Vorsicht und Sauberkeit zu wahren, wenn in der Umgebung ekzemkranker Kinder geimpft wird. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Eine kleine Epidemie von Megalerythema epidemicum,** von Roverb. (*La Pediatria.* 1908. Heft 1.) Es handelt sich um jene seltene Affektion, die auch unter der Bezeichnung „fünfte Krankheit" bekannt ist. Die Eruption ist hauptsächlich durch folgende Symptome charakterisiert: Gleichförmige, intensive Rötung des Gesichtes, besonders an den Regio cygomatica, wobei aber die Umgebung der Nasenflügel, des Mundes und des Kinnes frei bleiben. Sehr rasch geht die Eruption sodann auf die Gliedmafsen über, mit Bevorzugung der Streckseiten. Die einzelnen Elemente der

**Eruption bestehen aus Fleckchen vom Durchmesser eines 5- oder 10 Centesimi-Stückes, die zum Teil isoliert sind, zum Teil konfluieren. Dauer der Affektion 10—20 Tage; guter Allgemeinzustand; keine Prodromalerscheinungen, keine Komplikationen; Übertragbarkeit ausgesprochen.** *C. Müller-Nyon.*

---

## Chronische Infektionskrankheiten.

### a. *Lepra.*

**Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Kurland,** von J. Sadikoff-Talsen. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 37.) Eine Schilderung des Leprosoriums in der Nähe von Talsen. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Statistisches über die Lepra in Kurland,** von A. Raphael-Mitau. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 38.) Aus dieser Statistik geht hervor, dafs die Lepra in Kurland scheinbar abnimmt, in jedem Falle stark zurückgedämmt wird. Es ist dieselbe jedoch nach eigener Angabe des Autors unvollständig, und er beabsichtigt, demnächst eine gröfsere Lepraenquete zu veranstalten. Die Statistik betrifft 545 Lepröse, davon 274 Männer und 271 Frauen. Die Krankheitsfälle verteilen sich auf 60 Gemeinden, im Gegensatz zu 140 Gemeinden in einer früheren Statistik.

Zwischen dem 20. und 30. Jahre liegt die höchste Ziffer der Erkrankungen. Beim jüngsten Kranken brach die Krankheit im zweiten, beim ältesten im 80. Lebensjahre aus. Als Durchschnitt ergibt sich eine Krankheitsdauer von 9,4 Jahren. Der Profession nach betreiben 90% der Kranken Ackerbau, 2% Fischfang, 8% verschiedene Berufe. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Rattenlepra,** von Agnes Walker-Sacramento. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 14.) In der gegenwärtigen Lepraepidemie unter den Ratten von San Francisco und Oakland untersuchte die Verfasserin 2780 Ratten und fand darunter zehn leprakranke mit Alopecie, Knoten und Ulcerationen. Mikroskopische Präparate von Geschwürssekreten wiesen grofse Massen Leprabazillen auf. Letztere wurden auch in vorgeschrittenen Fällen in Leber, Milz und in den Achsel- und Leistendrüsen der Tiere gefunden. Impfversuche auf Meerschweinchen waren negativ.

*Schourp-Danzig.*

**Ein Fall von Lepra tuberosa,** von Jerome Kingsbury-New York. (*New York med. Journ.* 17. Okt. 1908.) Die Hauterscheinungen, welche einen 26 jährigen aus Kurland (Rufsland) stammenden Fischer betrafen, waren reichlich an den Unterextremitäten und in geringerer Anzahl an den Vorderarmen vorhanden, hatten die Form von stecknadelkopfgrofsen Papeln bis zu Tumoren von $^3/_4$ Zoll Durchmesser (fünf an der Zahl). Ein Knoten von $^3/_8$ Zoll Durchmesser safs auf der Stirn, war weich und sammetartig und zeigte leichte Teleangiektasien auf der Oberfläche. Eine Anzahl Papeln an den Fufssohlen hatten Ähnlichkeit mit den syphilitischen. Ein aus dem Vorderarm exzidierter Knoten wurde mikroskopisch untersucht und zeigte grofse Massen von Lymph- und Epithelial- mit vielen grofsen Riesenzellen, welche dicht mit Leprabazillen durchsetzt waren. Urin und Nasensekret ergaben negativen Befund an Leprabazillen. Mit einer Abbildung (Lepra, Sarkomatosis vortäuschend).

*Stern-München.*

**Wassermanns Syphilisreaktion bei Lepra,** von Jundell, Johann Almkvist und Sandmann-Stockholm. (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1908. Nr. 48.) Von 26 untersuchten Leprafällen von verschiedenen Formen und in verschiedenen Stadien zeigten 4 = 15% eine vollständige und typische Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion. Vier weitere Fälle boten eine partielle Reaktion dar. *Arthur Schucht-Danzig.*

b. *Tuberkulose.*

**Tuberkulose der Lymphdrüsen und der Haut,** von J. D. Blackwood. Vierter Jahresbericht des Henry Phipps-Institute, 1908.) In diesem Institut für Tuberkulöse sind im Laufe der letzten vier Jahre 4840 Fälle behandelt worden; darunter fanden sich aber nur vier bis fünf Fälle von Lupus, ein Fall von Tuberculosis cutis orificialis und ein Fall von Narbenbildung nach überstandener Haut- und Knochentuberkulose. Diese Seltenheit ist dadurch begründet, dafs das Publikum nur wegen tuberkulöser Lungenleiden diese Anstalt aufsucht. Die Verteilung der Lymphdrüsenerkrankungen, Entstehungszeit, die mögliche Übertragungsart usw. sind in ausführlichen Tabellen statistisch bearbeitet. Die Lymphadenitis begann bei 40 % der Kranken im ersten Lebensjahrzehnt, und es dürfte bei diesen, wie B. annimmt, die in dieser Lebensperiode reichlicher genossene Milch als Krankheitsträger zu beschuldigen sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Kosmetische Erfolge der Röntgentherapie in der Behandlung des Lupus,** von Comas und Prio - Barcelona. (*Ztschr. f. d. ärztl. Praxis.* 1908. Nr. 22.) Die Autoren behaupten, dafs die durch Röntgenbehandlung erzielte Narbe von idealen ästhetischen Bedingungen sei und empfehlen diese Methode daher vor allem zur Behandlung des Gesichtslupus. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Tuberkulose-Immunblut, Tuberkulose-Immunität und Tuberkulose-Immunblut- (J.-K.) Behandlung,** von Carl Spengler - Davos. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1958. Nr. 38) Auf Grund eingehender Studien ist Sp. zu neuen Anschauungen über Tuberkulose-Immunität und über spezifische Tuberkulose-Therapie gelangt; er fafst die Ergebnisse seiner Untersuchungen und Versuche in folgender Weise zusammen:

Die Hauptproduktions- und Anhäufstätten der Tuberkuloseimmunkörper sind die roten Blutkörperchen. Im Blutserum finden sich die korrenten Verbrauchsimmunsubstanzen, die auf Anreize von seiten des Körpers hin (Antigenreize usw.) von den Erythrocyten an das Serum abgegeben werden, und zwar geschieht das meist unter lebhafter Hämolyse. Die Regeneration des Erythrocytenimmunstoffes erfolgt bei intaktem hämatopoetischen System nach den Gesetzen der überproduktiven Neubildung. Die weifsen Blutzellen und die Blutplättchen sind Anhäufstätten zweiter Ordnung, aber keine selbständigen Produzenten. Sie führen mehr Immunkörper als das Serum, aber weniger als die Erythrocyten und beziehen dieselben durch Vermittlung des Serums von den Erythrocyten. Die in den Zellen angehäuften Immunstoffe betragen meist das Millionenfache der Serummengen.

Die Hauptimmunkörper der Tuberkulose sind die Lysine (Lysocidine) und die Antitoxine, die sich quantitativ feststellen lassen und in reversiblen Beziehungen zu einander stehen. Die Agglutinine, Präzipitine, Opsonine sind im Verhältnisse der Lysine und Antitoxine nachweisbar und zur Testierung eines Immunblutes verwendbar. (Schnell-Agglutination und Präzipitation.) Die Tuberkuloseimmunkörper sind chemisch rein darstellbar. Es sind keine Eiweifskörper. Der gesunde Mensch ist tuberkuloseimmun. Er führt in seinen Blut- und anderen Zellen grofse Quantitäten Immunkörper, die nicht selten die Mengen künstlich Immunisierter erreichen. Ein bedeutendes Defizit an Blutimmunsubstanzen infolge Schädigung des Blutes oder der blutbildenden Apparate ist gleichbedeutend mit einer ausgesprochenen Erkrankungsdispotion. Die Immunkörper des Blutes von immunisierten Menschen und Tieren sind in chemisch reinem Zustande Heil- und Immunisationssubstanzen für Menschen und Tiere. Sie wirken nur in dissoziiertem Zustande voll, folgen somit nicht den Gesetzen der chemischen, sondern der dissoziierten Äquivalenz als spezifische Elektronen.

Die Tuberkuloseimmunkörper werden mit Vorteil zusammen mit anderen Immunsubstanzen, z. B. mit Immunkörpern der Eitererreger usw. als poly- oder omnivalente

Substanzen zu Heilzwecken angewendet. Die Immunkörper- (J.-K.) Therapie ist kein rein passives Heilverfahren, sondern ein passiv-aktives, weil die Lysocidine die Infektionskeime auflösen, so dafs deren Gifte bei der Resorption zur aktiven Immunitätssteigerung herbeigezogen werden. Einen mit der Tuberkulose übereinstimmenden Immunitätsmechanismus haben noch eine Menge anderer Infektionskrankheiten, wie Lepra, Eiterungen, Cerebrospinalmeningitis, Syphilis.

Bezüglich der Anwendungsweise, Dosierung usw. der Tuberkuloseimmunkörper, die von Kalle & Co., Biebrich a. Rh., unter dem Namen „J.-K." in den Handel gebracht werden, mufs auf das Original verwiesen werden. *Götz-München.*

**Neuere Anschauungen über einige Beziehungen zwischen Tuberkulose und Erkrankungen der Haut (sogenannte „Exantheme der Tuberkulose" „Tuberkulide"**, von Karl Zieler-Breslau. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1908. Nr. 18.) Eine scharfe Grenze zwischen bacillärer und toxischer Tuberkulose läfst sich nicht ziehen; sie können nebeneinander bei demselben Kranken vorkommen und es bestehen auch sonst mannigfache Übergänge. Was die „Exantheme der Tuberkulose" anbelangt, so sind hauptsächlich drei Krankheitstypen: der Lichen scrophulosorum und die einander nahestehenden papulonekrotischen Tuberkulide sowie das Erythema induratum, die nach jetzigen Kentnissen in zweifellosen Beziehungen zur Tuberkulose stehen, wenn wir auch über die Art derer Beziehungen vielfach noch im unklaren sind. Es ist noch durchaus nicht bewiesen, dafs die sog. toxischen Tuberkulosen allein durch Toxine entstehen. Die Möglichkeit ist experimentell gesichert, es ist aber nicht als ausgeschlossen anzunehmen, dafs auch hier der Tuberkelbacillus als ätiologischer Faktor mit Sicherheit nachgewiesen wird.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Experimentelle Untersuchungen über „tuberkulöse" Veränderungen an der Haut ohne Mitwirkung von Tuberkelbazillen (toxische Tuberkulosen) und die Bedingungen ihres Entstehens,** von Karl Zieler-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 32.) Verschiedene Autoren, wie Pick und Daels, Wolff-Eisner und andere behaupten, dafs tuberkulöse Strukturen nur durch Tuberkelbazillen oder Bazillentrümmer erzeugt werden können, und dafs auch die Entstehung tuberkulöser Strukturen bei Hautimpfungen nach Pirquet auf die Lösung sichtbarer oder unsichtbarer, in die Haut gelangter Tuberkelbazillensplitter zurückzuführen ist. Demgegenüber hat Z. durch eine Reihe von Untersuchungen und Experimenten festgestellt, dafs nach Hautimpfungen mit absolut bazillenfreiem Tuberkulin typische Tuberkelknötchen mit Riesenzellen entstehen, und dafs auch dialysierbare, aus den Tuberkelbazillen stammende Stoffe fähig sind, echte tuberkulöse Strukturen hervorzurufen; es sind also dazu weder Bazillen und ihre Trümmer, noch gelöste Leibessubstanzen (Endotoxine), sondern nur echte Lösungen aus Tuberkelbazillen stammender Stoffe nötig. Damit ist auch erwiesen, dafs „toxische" Tuberkulosen vorkommen können; das Erythema induratum und die papulo-nekrotischen Tuberkulide sind solche toxische Tuberkulosen. *Götz-München.*

**Über experimentelle Hauttuberkulose bei Affen**, von Kraus und S. Grosz. Mit vier Tafeln. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 47, H. 3.) Versuche, Hauttuberkulose experimentell zu erzeugen, sind bis jetzt nur spärlich gemacht worden (Mayer, Nagelschmidt, Cornet). Verfasser haben in dem Wiener staatl. serotherapeutischen Institute die Versuche von Kraus und Kren neuerlich aufgenommen, und zwar mit der Absicht, festzustellen, ob sich auch mit Reinkulturen von Tuberkelbazillen verschiedener Herkunft tuberkulöse Impfprodukte erzeugen lassen; sie schildern nunmehr ihre Versuche ausführlicher und belegen sie mit den histologischen Untersuchungsergebnissen und Abbildungen. Als Hauptresultat dieser Untersuchungen wird

zunächst festgestellt, daſs sowohl vom Menschen stammende Tuberkelbazillen als auch Perlsuchtbazillen tuberkulöse Hautaffektionen bei Affen hervorzurufen imstande sind. Nach Impfung mittels Skarifikation im Supraorbitalbereiche kommt es nach 10—14 Tagen zu entzündlichen Veränderungen, welche eine Zeitlang bestehen bleiben, teils zu Zerfall und Geschwürsbildung führen oder sich zurückbilden können. Nur die Stämme der Vogeltuberkulose haben ganz geringfügige klinische Veränderungen erzeugt. Die Untersuchung der Impfprodukte auf Tuberkelbazillen ergab in der Mehrzahl der Fälle, daſs die anatomisch und klinisch als progredient charakterisierten, mit Zerfall einhergehenden Formen wenig oder nur ganz vereinzelt Tuberkelbazillen enthalten (diese mit Stämmen tierischer Herkunft erzeugte Impfung hatte meist letalen Ausgang durch Übergang des Virus auf die inneren Organe), während die mit, vom Menschen stammenden Tuberkelbazillen erzeugten Impfprodukte, die sich vollständig rückbilden können, nicht progredient sind, nicht zu Zerfall neigen, oft ganz enorme Mengen von Bazillen aufweisen, und zwar stellenweise in einer Anordnung, wie sie den Leprabazillen im Gewebe der Lepraknoten ähnelt. Auch bei dem mit Vogeltuberkulose geimpften Versuchstiere findet man, obwohl die klinischen und anatomischen Veränderungen nur geringgradig sind, ganz enorme Mengen von Tuberkelbazillen im Gewebe. Den verschiedenen Bazillenstämmen entsprechen also auch verschieden geartete Impfgeschwüre. Die beigegebenen Zeichnungen illustrieren sehr wohl diese Verschiedenheiten, wie auch die histologischen Befunde.

*Stern-München.*

**Die intradermale Reaktion nach Tuberkulin,** von CH. MANTOUX-Cannes. (*Acad. de méd.* 27. Okt. 1908.) Die veranstalteten Untersuchungen haben gezeigt, daſs alle Personen, welche eine positive Cutanreaktion dargeboten hatten, auch auf die erwähnte intradermatische Einspritzung positiv reagierten, in manchen Fällen war erstere negativ, während letztere ein positives Resultat ergab. Die intradermale Reaktion ist also empfindlicher und soll der Cutan- und Okuloreaktion substituiert werden. Im Verlauf des ersten Lebensjahres sind positive Reaktionen selten, dieselben nehmen aber mit wachsendem Alter an Häufigkeit zu. Kachektische und Sterbende reagieren nicht, sonst wurde bei allen untersuchten Tuberkulösen, 91 an der Zahl, positive Reaktion erzielt. Unter 250 anscheinend gesunden Personen, war die Reaktion bei 129 positiv ausgefallen.

Fällt die intradermale Reaktion negativ aus, so kann mit Sicherheit, auſser in den oben erwähnten Fällen, vielleicht auch bei Masern- und Variolakranken sowie auch bei Geimpften, Tuberkulose ausgeschlossen werden. Bei positivem Ausfalle darf aber nicht unbedingt die betreffende Krankheit als tuberkulös erklärt werden, da auch latent tuberkulöse, etwa im Mediastinum verstockte Drüsen derartiges bewirken können.

Die positive Reaktion besteht darin, daſs um die Einstichstelle herum sich eine weiſse oder rosafarbige Infiltration entwickelt, die von einem erythematösen Hof umgeben ist. Die Infiltration erreicht ihren Höhepunkt nach 48 Stunden und geht dann langsam zurück. In negativen Fällen sieht man nur die Spuren des Einstiches, die nach wenigen Stunden verschwinden. *E. Toff-Braila.*

**Über gefährliche Folgen der CALMETTEschen Ophthalmoreaktion,** von P. SCHRUMPF-Straſsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 43.) Die Liste der Schädigungen durch die Einträufelung von Tuberkulinlösung ins Auge, vermehrt S. durch zwei Beobachtungen: 1. Eine 81 jährige Frau mit guter Sehkraft erhielt nach schnellem Überstehen einer Pleuritis einen Tropfen einer 1 %igen Lösung von Alttuberkulin eingeträufelt. Es stellten sich einige Zeit nachher eine intensive Entzündung und dauernde Hornhauttrübung ein. Sehkraft: Fingerzählen in 1/2 m Entfernung. 2. Eine

56jährige Frau mit Arthritis chronica deformans ohne irgendwelche klinisch erkennbaren Erscheinungen von Tuberkulose reagierte auf die gleiche Behandlung mit ähnlichen Entzündungserscheinungen, dauernden Veränderungen an der Cornea und Einbufse an Sehkraft. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über die Bedeutung der Lupuskrankheit und die Notwendigkeit ihrer Bekämpfung,** von Neisser-Breslau. (Berlin 1908, herausgegeben vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose.) Um eine wirksame Bekämpfung des durch den Lupus erzeugten Elends zu erreichen, sind folgende Mafsnahmen ins Auge zu fassen: 1. Gründung von Lupusheimen als Nebenstationen für Kliniken und Hospitäler, die bereits als Lupusheilstätten eingerichtet sind. 2. Gründung von Lupusheilstätten da, wo für die Behandlung der Lupösen noch keine Fürsorge getroffen ist. 3. Belehrungskurse speziell für die Kreis- und Impfärzte, um zu erreichen, dafs die Lupusdiagnose in möglichst frühen Stadien gestellt werde. 4. Aufsuchen der Lupusfälle speziell auf dem Lande und in kleinen Städten, eventuell mit Heranziehung der Fürsorgestellen für Lungenkranke. Hierbei kommen besonders die Schulkinder in Betracht. 5. Fürsorge für die Geheilten und fast Geheilten, um ihnen geeignete Stellungen zu verschaffen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die Behandlung des Lupus und ihre Ergebnisse,** von Paul Wichmann. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 28.) Nach kurzer Darlegung einzelner Heilfaktoren, die für die moderne Lupustherapie in Betracht kommen, berichtet Verfasser über die Ergebnisse der Lupusbehandlung in der seit 2½ Jahren bestehenden Lupusheilanstalt der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte. Von den 54 Lupuskranken wurden 36 als geheilt entlassen. Alle boten nach Abheilen der Reaktionen das Bild einer anatomischen Ausheilung mit gutem kosmetischen Resultat dar. Bis auf einen Fall, dessen Beurteilung wegen der noch bestehenden Reaktion verschoben wird, sind Rückfälle bis jetzt in keinem der entlassenen Fälle erfolgt. Die Mehrzahl der Fälle stellte vorgeschrittene, tiefgreifende Formen dar, welche überdies noch häufig von schweren Komplikationen begleitet waren. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über die Behandlung des Lupus vulgaris und über andere mit der Kromayerschen Quarzlampe behandelte Dermatosen,** von Arthur Schucht-Danzig. (*Zeitschr. f. med. Elektrol. u. Röntgenkunde.* 1908. Bd. X.) Präzise Zusammenfassung und Bewertung der verschiedenen zur Behandlung des Lupus benutzten Methoden und die bisher über die Quarzlampe veröffentlichten Ergebnisse. In eigener Praxis hat Sch. gute Erfolge der Behandlung mit der Kromayerschen Lampe bei einigen Fällen von Lupus erythematodes, Lupus vulgaris, Rosacea, Naevus und Prurigo Hebrae gesehen. *W. Lehmann-Stettin.*

**Über Dauerheilung des Lupus vulgaris durch Behandlung mit Röntgenstrahlen,** von P. Wichmann. (IV. Röntgenkongrefs. Autoreferat. (*Zeitschr. f. d. ärztl. Praxis.* 1908. Nr. 15.) Von 70 Lupuskranken wurden 50 mit Röntgenstrahlen behandelt. Von letzteren wurden 30 bis jetzt als geheilt entlassen. Mit Ausnahme eines Falles sind alle entlassenen Kranken lupusfrei und rezidivfrei, und zwar: sieben 2 Jahre und darüber; drei 1½—2 Jahre; sieben 1—1½ Jahr. Das Röntgenheilverfahren wurde je nach Lage des Krankheitsfalles allein angewandt oder in Kombination mit operativen Mafsnahmen, Heifsluftverfahren, Galvanokaustik, Ätzungen, Radiumbestrahlung und Finsenbelichtung. Drei Fälle wurden mit Sensibilisation und Röntgenbestrahlung behandelt, wodurch die Elektion und Tiefenwirkung der Strahlung gesteigert worden sein soll. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Die Behandlung des tuberkulösen Lupus,** von A. Winkelried Williams-Brighton. (*The Antiseptic.* Dez. 1907.) Nachdem Verfasser in einer früheren Arbeit die Behandlung des Lupus mit Vaccine, Serum und Radiotherapie besprochen hat,

unterzieht er in der vorliegenden die zahlreichen, anderweitig empfohlenen Behandlungsmethoden einer übersichtlichen Besprechung. Es sind das die lokale Behandlung mit Chlorantimon (-Salbe nach UNNA), dessen oft gute Wirkung auf der Anwesenheit freier Salzsäure beruht, das auch als Pflaster und bei isolierten Knoten in der Spickmethode angewandt wird, mit Kalium permanganicum — täglich mit in 2%iger Lösung durchtränkten Kompressen 10—15 Minuten lang aufgelegt, sehr gut bei ulceriertem Lupus —, Zinkchlorid und Pyrogallussäure, Chrysarobin, interner Darreichung von Schilddrüse, die sich in manchen Fällen von Vorteil erwies, die Gefriermethode nach DETLEFSEN und DREUW, Salicylsäure in Form von UNNAS Salicyl-Kreosot-Pflastermull, Resorcin, Arsenik, das aber nur ganz vorsichtig an umschriebenen Stellen angewandt werden darf. Als operative Mafsnahmen sind: 1. Exzision und Transplantation, 2. Excochleation und 3. multiple Skarifikation kurz beschrieben. Im allgemeinen erklärt W. für die nicht exponierten Teile des Körpers vollständige Exzision für die beste Methode, für Gesicht und Nacken X-Strahlen und Finsenlicht, wovon er persönlich die ersteren vorzieht; die opsonische Behandlung ist speziell von Nutzen in Fällen, wo Neigung zu Rückfällen oder Prädisposition zu Tuberkulose vorhanden ist. Bezüglich der diätetischen Behandlung ist besonders Alkohol am besten völlig zu meiden. *Stern-München.*

**Zur Lichttherapie des Lupus,** von MAX PIORKOWSKI-Stettin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 44.) Nichts Neues. *Arthur Schucht-Danzig.*

c. *Syphilis.*

**Über einige praktisch wichtige Ergebnisse der modernen Syphilisforschung,** von L. HALBERSTÄDTER-Berlin. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1908. Nr. 40.) Bezüglich der praktischen Anwendung der modernen Hilfsmittel für die Diagnostik und Therapie der Syphilis steht im Vordergrund der Nachweis der Spirochäten für die Erscheinungen der Frühperiode, namentlich aber für beginnende Primäraffekte. Hier ist das einfachste, schnellste und sicherste Verfahren die Betrachtung des frischen, ungefärbten Präparates mit Dunkelfeldbeleuchtung. — Für eine möglichst frühzeitige Behandlung noch vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen ist eine experimentelle Stütze nicht vorhanden; es hat sich vielmehr ergeben, dafs durch eine schon gleichzeitig mit der Impfung begonnenen Quecksilberbehandlung es nicht gelang, die Bildung eines Primäraffektes zu verhüten und dafs es nicht glückte, durch Fortführung der Behandlung die Ausbreitung des Virus im Körper zu verhindern. — Bei Fingerinfektionen bei Ärzten und Hebammen empfiehlt sich die prophylaktische Anwendung der von METSCHNIKOFF und ROUX angegebenen 30%igen Kalomelsalbe. *Schourp-Danzig.*

**Die Syphilis bei den Eingeborenen Südwestafrikas,** von FRIEDRICH SCHROEDTER. (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1908.) *Fritz Loeb-München.*

**Über luetische Infektion bei Ärzten,** von HEERMANN-Essen, Ruhr. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 47.) Als warnendes Beispiel wird über die Erkrankung eines Kollegen berichtet, welcher durch die Infektion einer Wunde am Daumen Lues akquirierte, aber erst sechs Monate später durch das Auftreten intensivsten Ohrensausens und anderer Symptome am Gehörorgan sowie eines Pemphigus an der Hohlhand auf die richtige Diagnose geleitet wurde. Inzwischen hatte er seine Gattin auch infiziert und ein derzeit geborenes Kind, welches bald nachher starb. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Übertragung von Syphilis durch Handwerkszeug,** von S. SNELL-Sheffield. *Brit. med. Journ.* 5. Dez. 1908.) Bericht über drei Glashüttenarbeiter, welche Primär-

syphilid des Rachens dadurch akquirierten, dafs sie das Blasrohr eines syphilitischen Mitarbeiters benutzten. Der eine Patient infizierte in der Folge auch seine Frau.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Eine neue Indikation zur systematischen Entfernung des harten Schankers einschliefslich der regionären Drüsen oder deren Virulenzverminderung,** von Hallopeau. (*Bul. Gén. de Thérap.* Nr. 18. 23. Okt. 1907.) Aufser dem Schanker müssen stets auch die regionären Lymphdrüsen entfernt werden. Da ein chirurgischer Eingriff häufig nicht möglich ist, soll in solchen Fällen das Virus durch subcutane Injektionen von Sublimat oder Atoxyl lokal vernichtet werden.

*Arthur Schucht-Danzig.*

## Verschiedenes.

**Über das Regenerieren von Röntgenröhren,** von Heinz Bauer-Berlin. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XIII, Heft 2.) Die Regenerierungsmöglichkeit der Röhre ist eine für den Röntgentherapeuten aufserordentlich wichtige Sache. Da die meisten Vorrichtungen der Röhre fremde Gase zuführen und sich auf die Dauer nicht vollständig bewähren, hat man versucht, durch Drehung eines Hahnes atmosphärische Luft einzulassen, und B. hat noch auf dem letzten Röntgenkongresse ein sehr brauchbar erscheinendes Modell vorgeführt, das aber auch wegen der Schwierigkeit einwandfreier Abdichtung des Hahnes sich nicht bewährt hat. Jetzt hat er im Regenerierungsröhrchen einen kleinen Quecksilber-Tonplättchenverschlufs angebracht, dessen Konstruktion aber nur an der Hand der Zeichnungen verständlich ist. B. glaubt nach den bisher mit der Vorrichtung gemachten Erfahrungen die Regenerierungsfrage gelöst zu haben. *W. Lehmann-Stettin.*

**Eine neue Sterilisierungsmethode der Haut bei Operationen.** Vorläufige Mitteilung von Antonio Grossich-Fiume. (*Zentralbl. f. Chir.* 1908. Nr. 44.) Das Verfahren ist folgendes: Der Patient wird nackt auf den Tisch gelegt und das Operationsfeld breit mit Jodtinktur bestrichen. Haare wurden vorher trocken rasiert. Nach erfolgter Narkotisierung erfolgt eine zweite Jodpinselung. Nach der Operation wird die Nahtreihe bestrichen. Brauchbar ist nur alkoholische Jodlösung, bei deren Anwendung das Jod alle Spalten und Intercellularräume sowie die Lymphbahnen imbibiert. Wasser und Seifenlösung bringen dagegen die Epidermis zur Aufquellung und verstopfen dadurch den Eintritt der Kapillarspalten. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über die chemische Zusammensetzung französischer Haarfärbemittel als Beitrag für die Notwendigkeit einer Abänderung des Farbengesetzes,** von A. Beythien und P. Atenstädt-Dresden. (*Pharm. Zentralhalle.* 1908. Nr. 49.) Es wurden 22 Proben einer zusammenhängenden Serie der sogenannten Venetianischen Mixtur A. Broux in Paris untersucht. Davon sind 12 Proben ohne weiteres auf Grund des Farbengesetzes zu beanstanden, weil sie das in § 1 desselben verbotene Kaliumdichromat enthalten.

Teilweise gaben auch die übrigen Proben, trotzdem sie keinen der im Gesetz namhaft gemachten Stoffe enthalten, zu sanitären Bedenken Anlafs. Einige Proben wiesen Kobaltnitrat und Ammoniak auf und bieten so die Möglichkeit der Bildung von Kobaltaminverbindungen, welche bei Einverleibung in kleinen Mengen ähnlich wie Kurare auf den Körper wirken. Ebenso ist das Pyrogallol zu beanstanden.

*Arthur Schucht-Danzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. No. 4. 15. Februar 1909.

Aus Prof. UNNAS Dermatologicum.

# Zur Chemie der Haut.
## III.

Von

L. GOLODETZ und P. G. UNNA.

Mit einer Farbentafel.

### Das Reduktionsvermögen der histologischen Elemente der Haut.

Viele Eiweifsstoffe besitzen eine stark reduzierende Kraft, eine Tatsache, die vom lebenden Gewebe, welches dem Oxyhämoglobin den Sauerstoff sehr energisch entzieht, allgemein bekannt ist. In seinem Werke über das Sauerstoffbedürfnis des Organismus[1] hat EHRLICH diese Eigenschaft an verschiedenen lebenden und überlebenden Organen auch bereits tinktoriell nachgewiesen, und zwar hauptsächlich vermittelst einiger Leukobasen, welche durch O-Aufnahme gefärbt werden.

Ist diese Eigenschaft eine lediglich biologische, an das lebende Eiweifs gebundene, oder ist sie am toten Eiweifs noch nachweisbar? Diese Frage läfst sich durch Versuche lösen, bei welchen solche Oxydationsmittel mit toten Geweben in Berührung gebracht werden, die bei der Reduktion dem Gewebe eine bestimmte Färbung erteilen. Auf solche Weise läfst sich auch ein Mafs für die Stärke der Reduktionskraft der einzelnen toten Gewebe gewinnen. Besonders für die Chemie der Haut ist es von Wichtigkeit, die Stärke der Reduktionskraft ihrer einzelnen Elemente unter normalen und pathologischen Verhältnissen unabhängig von den Lebensvorgängen kennen zu lernen; bisher wurden die tinktoriellen Eigenschaften dieser toten Elemente hauptsächlich nur unter dem Gesichtswinkel ihrer Azidität resp. Basizität studiert.

[1] EHRLICH, P., Das Sauerstoffbedürfnis des Organismus. Eine farbenanalytische Studie. Aug. Hirschwald, Berlin 1885.

Bei einem solchen Färbemittel müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

1. Das Färbemittel darf nicht in die Klasse der Farbstoffe gehören, sondern die Farbe muſs erst durch den Kontakt mit dem Gewebe erzeugt werden.

2. Dasselbe muſs leicht durch das Gewebe reduziert werden,

3. dabei mit dem Gewebe eine gefärbte Verbindung ergeben und

4. dieses gefärbte Produkt muſs eine andere Farbe besitzen wie das Färbemittel selbst, so daſs der Farbumschlag die Reduktion bestimmt anzeigt.

Diese Bedingungen erfüllen nach unseren bisherigen Erfahrungen zwei Reagentien aus der unorganischen Chemie:

1. Kaliumpermanganat ($KMnO_4$).

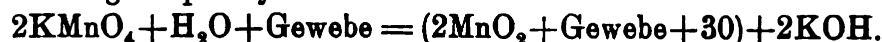
2. Ein Gemisch von Eisenchlorid und Ferricyankalium.

Wenn man Schnitte von in Alkohol gehärtetem Gewebe in die Lösungen dieser Stoffe einträgt, so entsteht eine Reduktion, die sich dadurch bemerkbar macht, daſs die Schnitte gefärbt werden, und zwar durch die violette Lösung von Kaliumpermanganat: braun (Ausscheidung von $MnO_2$ (s. Fig. 1—8), durch die schwach gelb gefärbte Mischung von Eisenchlorid und Ferricyankalium: blau (Entstehung von Berliner Blau) (s. Fig. 9—12).

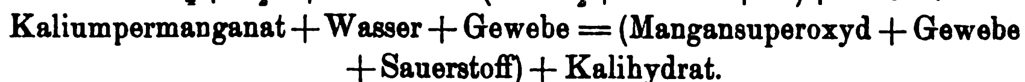
Diese Färbungen zeichnen sich vor den gewöhnlichen Färbungen der Gewebsschnitte dadurch aus, daſs wir über den dabei stattfindenden, einfachen chemischen Prozeſs vollkommen im klaren sind. Sie haben mit unseren gewöhnlichen Färbungen das Gemeinsame, daſs dabei die hauptsächlichsten Elemente der Haut scharf gezeichnet hervortreten. Dieser glückliche Umstand, der sich nicht vorhersehen lieſs, beruht darauf, daſs die chemisch verschiedenen Elemente der Haut in der Tat auch noch in abgetötetem Zustande Affinität von bestimmter und verschiedener Intensität zum Sauerstoff besitzen. Dieselben werden in beiden Reagentien ungleich stark und ungleich schnell gefärbt, so daſs wir die Reduktionskraft der verschiedenen Gewebselemente an der Intensität und Schnelligkeit der Verfärbung beurteilen können.

## Das Manganbild der Haut.

Die Lösung von übermangansaurem Kali ergibt bei der Reduktion braunes Mangansuperoxyd nach der Formel:



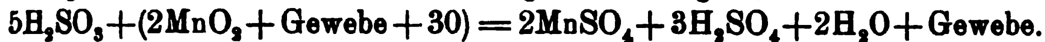
$$2KMnO_4 + H_2O + Gewebe = (2MnO_2 + Gewebe + 3O) + 2KOH.$$



Kaliumpermanganat + Wasser + Gewebe = (Mangansuperoxyd + Gewebe + Sauerstoff) + Kalihydrat.

Daſs das braungefärbte Gewebe Mangansuperoxyd ($MnO_2$) enthält, folgt mit Sicherheit daraus, daſs durch reduzierende Säuren, wie Oxal-

säure oder schweflige Säure dasselbe reduziert wird, wobei das braune $MnO_2$ in ein lösliches, farbloses Mangansalz übergeht, z. B.:



$$5H_2SO_3 + (2MnO_2 + \text{Gewebe} + 3O) = 2MnSO_4 + 3H_2SO_4 + 2H_2O + \text{Gewebe}.$$

Das so wieder entfärbte und reduzierte Gewebe hat an seiner Eigenschaft, $KMnO_4$ zu reduzieren, keine Einbuſse erlitten; denn die einmal entfärbten Schnitte vermögen $KMnO_4$ nochmals zu reduzieren und $MnO_2$ wiederum festzuhalten u. s. f.

Die Schnitte kommen aus Wasser in eine Lösung von 1%igem $KMnO_4$ und verbleiben darin nur kurze Zeit. Meist genügen schon 1—2 Minuten. Dann werden sie in Wasser gut ausgespült. Sollte die Färbung zu stark ausfallen, so kann man mit Oxalsäure oder noch besser Solutio calcii bisulfurosi leicht entfärben. Die Entfärbung ist eine sukzessive und man hat es in der Hand, sie so weit zu führen, als man wünscht.

## Mikroskopisches Bild.

Die Farbe des Manganbildes der Haut (Fig. I—VIII) ist ein reines Braun, von ganz hellem Lichtbraun der Cutis bis zum Dunkelbraun der basalen Hornschicht. Am dunkelsten färbt sich die gesamte Oberhaut und innerhalb dieser am tiefsten die basale Hornschicht (Fig. I und V bs). Die unterhalb derselben befindliche Stachelschicht (Fig. I, V s) ist in ihrer ganzen Ausdehnung gleichmäſsig braun gefärbt mit Aussparung der ganz ungefärbten Kerne (Fig. V k), die bei stärkerer Vergröſserung als helle Lücken erscheinen.

Ebenso tief wie die Stachelschicht ist die mittlere und obere Hornschicht (Fig. I und V h) gefärbt und auch in dieser fallen bei stärkerer Vergröſserung die Kernhöhlen als hellere Lücken auf (Fig. V kh). Die Körnerschicht hebt sich nicht besonders von der Stachelschicht ab.

Die von der Stachelschicht ausgehenden Gänge (Fig. I g) haben dieselbe Farbe, nur die Cuticula (Fig. I c), welche an die Lichtung des Ganges anstöſst, ist fast schwarzbraun gefärbt, etwa wie die basale Hornschicht.

An Schnitten der Kopfhaut (Fig. II) erkennt man, daſs die Stachelschicht der Haarbälge (Fig. II sh) ebenso stark braun gefärbt ist wie die Stachelschicht des Deckepithels. Von jener hebt sich die Wurzelscheide (II w) ebenso tiefbraun gefärbt ab, wie von dieser die basale Hornschicht. Nächst der Wurzelscheide und der Hornschicht des Deckepithels sind an solchen Schnitten hauptsächlich die glatten Muskeln (II m) stark gefärbt, während die Talg- (II ta) und Knäueldrüsen (II kn) schwächer braun erscheinen. Fig. III stellt ein Stück aus dem subcutanen Gewebe der Wangenhaut dar und zeigt neben wenigem Fettgewebe (III fe) die durch ihre dunkelbraune Farbe stark hervortretende quergestreifte, mimische Muskulatur (III mm).

Die hier beschriebene Färbung tritt bei allen durch Alkohol und Celloidin gebrachten und dadurch zugleich von Fetten befreiten Schnitten in ganz regelmäſsiger Weise auf, so daſs wir hiernach eine Skala der reduzierenden Elemente der Haut aufstellen können, welche mit der äuſserst stark reduzierenden basalen Hornschicht beginnt und mit der nicht reduzierenden Kernsubstanz aufhört, und zwar:

Basale Hornschicht,
Wurzelscheide,
Mittlere Hornschicht,
Muskeln,
Protoplasma,
Kollagen,
Kerne.

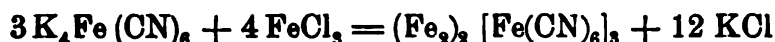
Gegen die allgemeine Gültigkeit einer solchen Skala der Reduktionskraft der Hautelemente lieſse sich vielleicht einwenden, daſs bei vielen Oxydations- und Reduktionsvorgängen und so auch hier die Alkaleszenz resp. Azidität der Stoffe und der Umgebung, in der sie sich befinden, von groſsem Einfluſs ist, wie z. B. Pyrogallol in alkalischer Lösung viel kräftiger oxydiert wird als in neutraler oder saurer. Daher könnte allerdings bei einer Änderung der Reaktion auch die Reihenfolge der Elemente eine andere werden. Wir haben demgemäſs zu prüfen, ob ein Zusatz von Säure und Alkali zum $KMnO_4$ eine Änderung im histologischen Farbenbild hervorruft, besonders in der Richtung, daſs gewisse Elemente, die in neutraler Lösung gefärbt sind, bei abweichender Reaktion nicht gefärbt werden und umgekehrt.

Dieses ist nun bei $KMnO_4$ nicht der Fall. Man kann das $KMnO_4$ mit Essigsäure ansäuern oder mit $NH_3$ alkalisch machen, ohne daſs die Färbung sich wesentlich ändert. Vielleicht sind kleine Intensitätsunterschiede vorhanden, diese beziehen sich aber auf alle Elemente gleichmäſsig, so daſs das ganze Farbenbild und insbesondere die Reihenfolge der Elemente in der Skala dieselben bleiben. Hieraus geht wohl so viel mit Sicherheit hervor, daſs das Manganbild der Haut lediglich auf die Reduktionskraft der Bestandteile zurückzuführen ist.

## Das Eisen-Cyanbild der Haut.

Bekanntlich entsteht beim Versetzen einer Eisenchloridlösung, d. h. der Lösung eines Ferrisalzes, mit Ferrocyankalium [gelbem Blutlaugensalz, $K_4 Fe (CN)_6$] als dunkelblauer Niederschlag das unlösliche Berliner Blau. Dagegen liefert dieselbe Eisenchloridlösung mit Ferricyankalium [rotem Blutlaugensalz $K_3Fe (CN)_6$] keinen blauen Niederschlag. Die etwas braune Mischung bleibt klar. In dieser Mischung tritt aber natürlich der blaue Niederschlag sofort ein, sowie durch irgend eine reduzierende Substanz,

z. B. einen Tropfen Solutio Calcii bisulfurosi, das Ferricyankalium [$K_3Fe(CN)_6$] in Ferrocyankalium [$K_4Fe(CN)_6$] umgewandelt wird. Letzteres ergibt mit Eisenchlorid: Berliner Blau.



$$3\,K_4Fe\,(CN)_6 + 4\,FeCl_3 = (Fe_2)_2\,[Fe(CN)_6]_3 + 12\,KCl$$

Ferrocyankalium + Eisenchlorid = Berlinerblau + Chlorkalium

Wir haben nun gefunden, daſs Schnitte von menschlicher Haut, welche schon die Härtung in Alkohol und Einbettung in Celloidin durchgemacht haben, in einer derartigen Mischung noch als ein solches reduzierendes Mittel dienen können. Die in der braunen klaren Lösung liegenden Schnitte färben sich nämlich sofort stellenweise blau, und die mikroskopische Untersuchung ergibt, daſs die blaue Färbung an ganz bestimmten Gewebselementen haftet. Es läſst sich auch hier der Schluſs nicht von der Hand weisen, daſs die in den Schnitt eingedrungene braune Lösung durch den Schnitt selbst reduziert wird, und daſs durch eine verschieden starke Ausprägung dieser Reduktionskraft eine mehr oder minder starke Färbung verschiedener Gewebsteile resultiert.

Am besten verfährt man folgendermaſsen: Man hält sich je eine 1%ige Lösung von Eisenchlorid und von rotem Blutlaugensalz in destilliertem Wasser vorrätig und mischt unmittelbar vor dem Gebrauch[1] gleiche Teile dieser Lösungen in einem Schälchen. Die in dieselben gebrachten Schnitte färben sich ziemlich schnell blau und mit der Zeit sehr intensiv. Etwa nach fünf Minuten sind die Schnitte genügend gefärbt, werden in Wasser abgespült und durch Alkohol und Öl in Balsam gebracht. Die Färbung ist durchaus echt, weder Wasser noch Alkohol, noch verdünnte Mineralsäuren üben irgendeine Entfärbung aus. Nur stärkere Kalilauge vermag den gefärbten Schnitt rasch und vollständig zu entfärben.

## Das mikroskopische Bild.

Die dicke Hornschicht (h) der Fuſssohle ist in solchen Schnitten (Fig. 9) dunkelblau gefärbt, und zwar so stark, daſs sie schon bei der Betrachtung mit bloſsem Auge als ein blaues Band hervortritt. Bei mikroskopischer Betrachtung dagegen sieht man, daſs die basale Hornschicht (bs) nicht blau, sondern ganz schwach gelblich gefärbt ist und sich als helles Band von der übrigen Hornschicht abhebt. Nur einzelne zerstreute basale Hornzellen nehmen hier und da etwas blaue Farbe an. Die Stachelschicht (s) ist etwas schwächer blau gefärbt als die Hornschicht im allgemeinen, und zwar von der basalen Hornschicht nach abwärts bis zur basalen Stachelschicht in abnehmendem Grade, sodaſs letztere — die sog. Keimschicht — als blaſsblaue Umrahmung die gesamte Oberhaut nach unten abschlieſst. Im Gegensatz zur Oberhaut ist die Cutis (c) der

[1] Durch langes Stehen, namentlich am Lichte, verdirbt die Mischung.

Fuſssohle ganz schwach grün gefärbt, die in sie eingebetteten Organe dagegen stärker und mehr rein blau, so die Knäueldrüsen und Gänge, die groſsen Blutgefäſse (b) und Muskeln.[3] An Schnitten der Kopfhaut (Fig. 11), wo die Hornschicht (h) dünn ist und die Haarbälge den gröſsten Raum einnehmen, ist diese Differenz zwischen Oberhaut und Cutis nicht so bedeutend. Immerhin erscheint auch hier die Hornschicht der Oberfläche und der Haarbalgtrichter ($h^1$) tiefer und reiner blau. In auffallendem Gegensatze dazu ist die Wurzelscheide (w) in diesen Kopfhautschnitten immer vollständig ungefärbt. In der hier etwas dunkler gefärbten Cutis heben sich auch die noch tiefer blau gefärbten Haarbälge (ha), Knäueldrüsen (kn) und Muskeln (m) gut ab.

Bei stärkerer Vergröſserung konstatiert man zunächst, daſs die Blaufärbung durchweg als eine Protoplasmafärbung zu bezeichnen ist. Am besten sieht man das an der Stachelschicht (Fig. 9). Je tiefer dieselbe gefärbt ist, um so auffallender erscheinen darin als runde Lücken die ungefärbten Kerne. Nach dem Passieren der ungefärbten Hornschicht erblickt man in der tiefblauen mittleren Hornschicht der Fuſssohle ziemlich regelmäſsig als ausgesparte Lücken die Kernhöhlen. Auch die Kerne der Bindegewebszellen sind nicht gefärbt, ebensowenig die der Knäueldrüsen und der Stachelschicht der Haarbälge (Fig. 11) bis auf deren oberes Drittel, in welchem die Kerne manchmal blaſs gefärbt sind.

Anders ist das Ergebnis der Färbung, wenn wir das Gemisch von Eisenchlorid und rotem Blutlaugensalz etwas sauer oder alkalisch machen. Setzen wir zu 5 ccm des Gemisches zwei Tropfen konz. Salzsäure oder Essigsäure und nehmen die Färbung mit einem Schnitt der Fuſssohle vor, so erhalten wir ein vollkommen anderes Bild (Fig. 10). Der ganze Schnitt ist auch noch nach 10—20 Minuten nur ganz blaſs gefärbt, die Cutis ist fast farblos und hat nur einen bläulichen Schimmer. Höchst auffallend ist eine vollkommene Inversion in der Färbung der Oberhaut. Jetzt nämlich ist die normalerweise (Fig. 9) blaſs gefärbte basale Hornschicht der am meisten gefärbte Bestandteil des Schnittes (Fig. 10 bs). Sowohl die übrige Hornschicht (Fig. 10 h) wie die gesamte Stachelschicht (Fig. 10 s) ist nur ganz schwach blau gefärbt.

Setzen wir andererseits der Mischung Alkali zu, so fällt für gewöhnlich Eisenoxydhydrat aus. Man muſs diesen Zusatz mithin sehr vorsichtig dosieren. Wir haben gefunden, daſs man zu 5 ccm der Mischung etwa zehn Tropfen einer 1%igen Sodalösung zusetzen kann, ohne daſs eine Fällung entsteht. Färbt man nun mit einer solchen schwach alkalisch gemachten Mischung, so erhält man im allgemeinen dasselbe Bild wie mit

[3] Nerven und elastische Fasern treten dagegen nicht durch stärkere Färbung hervor.

der Mischung allein. Nur ist die ganze Färbung intensiver und zeigt die Gegensätze in verschärftem Maſse. Wir sehen da an einem Fuſssohlenschnitt unterhalb der fast blauschwarzen Hornschicht das allerdings hier sehr schmale Band der ungefärbten basalen Hornschicht, dann die stark blau gefärbte Stachelschicht mit ungefärbten Kernen. Die darauffolgende Cutis ist grün gefärbt, und die eingelagerten Gefäſse, Knäueldrüsen, Gänge und Muskeln heben sich in blauer Farbe ab.

Die Inversion der Färbung, welche bei Säurezusatz eintritt, läſst sich auch auf die Weise erreichen, daſs man zur Mischung einen Überschuſs des sauer reagierenden Eisenchlorids nimmt, z. B. neun Teile Eisenchlorid auf einen Teil Ferricyankalium. Setzt man dagegen zu neun Teilen Ferricyankalium nur einen Teil Eisenchlorid zu, so färbt die Mischung wie die normale Mischung aus gleichen Teilen der Lösungen oder wie diese mit einem, aber schwachen Zusatz von Alkali.

Prüft man den Einfluſs von Säure und Alkali auf bereits gefärbte Schnitte, so ergibt sich folgendes: Säuren verändern die Färbung nicht. Durch ein schwaches Alkali, z. B. 1%ige Sodalösung, wird der Schnitt so allmählich entfärbt, daſs man diese Lösung zur stufenweisen Darstellung der einzelnen Hautelemente benutzen kann. Zuletzt bleibt nur noch die Hornschicht gefärbt zurück. Bringt man aber den vollständig entfärbten Schnitt wieder in Säure, so färbt sich derselbe blau, wie zuvor, ein Zeichen, daſs eine ungefärbte Eisenverbindung vom Schnitte zurückgehalten worden war.

Alle Alkalien, die man auf Berliner Blau oder auf eisenblau gefärbte Schnitte einwirken läſst, haben die Neigung, ein gelb gefärbtes Eisenprodukt, im einfachsten Falle Eisenoxydhydrat abzuscheiden. Die nächste Wirkung des Alkalis ist daher — bevor vollständige Zersetzung eintritt — eine Umwandlung des Blaus in Grün, nämlich in eine Mischung von Blau mit dem sich abscheidenden Gelbbraun. Daher müssen wir wohl annehmen, daſs diejenigen Gewebsbestandteile, die sich von vornherein in unserer Mischung grün färben, an und für sich basischer sind als die sich von vornherein blau färbenden. So ist nach dem Ausfall dieser Reaktion das Kollagen dem stark sauren Keratin gegenüber als ein relativ basisch reagierendes Albuminoid zu bezeichnen, wie wir das auch seit langer Zeit auf Grund seiner tinktoriellen Verwandtschaften angenommen haben.

Halten wir diese Überlegung fest, so gewinnen wir nun auch ein Verständnis für die höchst paradoxe Erscheinung, daſs bei der normalen Blaufärbung die basale Hornschicht ausnahmsweise ungefärbt bleibt. Denn wir sehen an der Verschiedenfarbigkeit des normalen Eisencyanbildes (blau bis grün), daſs bei diesem — im Gegensatz zum gleichfarbig braunen Manganbilde — auſser der Reduktionskraft ganz wesentlich

auch die Alkaleszenz und die Acidität der Gewebe eine Rolle spielen.

Wir haben also nur anzunehmen, daſs im Gewebe der basalen Hornschicht eine alkalische Reaktion existiert von der Stärke, daſs die eingedrungene Mischung wegen dieser Reaktion nicht reduziert (d. h. blau), sondern unter Abscheidung nicht färbender, gelber Produkte (etwa Eisenoxydhydrat) vollkommen zersetzt wird. Die basale Hornschicht würde dann also nur in höherem Grade die Eigenschaft des Kollagens besitzen, gelbes Eisenprodukt abzuscheiden, und zwar so stark, daſs daneben die — vom Manganbilde her bekannte — reduzierende Kraft derselben Schicht es zu keiner Blaubildung aus der Mischung bringt.

Immer unter der Annahme derselben Hypothese würde sich dann auch die auffallende Blaufärbung der basalen Hornschicht bei Färbung mittelst angesäuerter Mischung erklären (Fig. 10). Wir wissen, daſs im allgemeinen in dieser angesäuerten Mischung sich das Gewebe und selbst die mittlere Hornschicht nur sehr schwach färben. Andrerseits setzt aber die Acidität der Mischung die Alkaleszenz der basalen Hornschicht herab oder neutralisiert sie, so daſs jetzt die reduzierende Kraft derselben Schicht voll zur Geltung kommen kann und demgemäſs eine Eisenbläuung hervorruft, die wegen der geringeren hier herrschenden Acidität sogar auffallend stark ist.

Mittelst derselben Hypothese erklärt sich also nicht nur die Farblosigkeit (resp. Gelblichkeit) der basalen Hornschicht in Fig. 9, sondern auch die gesamte Inversion der Hornschichtfärbung in Fig. 10.

Daſs die Hornschicht im allgemeinen eine stark saure Reaktion besitzt, haben wir seit der Arbeit von Heuss[4] gewuſst. Jetzt müssen wir nach den Ergebnissen der Eisen-Cyanbilder annehmen, daſs dieser Satz in bezug auf die basale Hornschicht eine Ausnahme erleidet und daſs hier die saure Reaktion der Stachelschicht plötzlich in eine alkalische umschlägt, um sich im Niveau der superbasalen Hornschicht wieder in eine saure Reaktion umzuwandeln.

Betrachten wir nun von diesem Standpunkt aus die analogen Bilder der Kopfhaut (Fig. 11 und 12), von denen das erstere mit neutraler (oder schwach alkalischer), das letztere mit angesäuerter Mischung gefärbt ist, so machen wir im allgemeinen dieselbe Wahrnehmung, daſs in der angesäuerten Mischung die Eisenbläuung schwächer ausfällt und nur die Hornschicht der Oberfläche (h) und der Haarbalgtrichter ($h^1$) dunkelblau tingiert ist. Die Stachelschicht des Deckepithels (s) und der Haarbälge (sh) sowie die glatten Muskeln (m) färben sich schwach blau, noch

[4] Heuss, Ernst, Die Reaktion des Schweiſses beim gesunden Menschen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. Bd. 14, S. 343, 400, 501.

schwächer die Cutis (c). Aber die Wurzelscheide (w), von der man vielleicht erwarten möchte, dafs sie sich analog wie die basale Hornschicht verhält, also eine Inversion der Färbung zeigt, läfst diese durchaus vermissen. Sie bleibt bei Färbung mit angesäuerter Mischung so hell und ungefärbt (Fig. 12 w) wie bei der Färbung mit normaler oder schwach alkalisierter Mischung (Fig, 11 w). Aber auch dieses zunächst paradox erscheinende Resultat stimmt mit den von GAVAZZENI[5] aus tinktoriellen Befunden abgeleiteten Schlüssen über die Natur der Wurzelscheide überein. Denn dieser Autor findet, dafs die Wurzelscheide sich gleich gut mit basischen und sauren Farbstoffen färbt und schliefst daraus, dafs sie ein saures und ein basisches Element nebeneinander enthält. Die Wurzelscheide enthält also nach GAVAZZENI im Vergleiche mit der basalen Hornschicht ein Plus von einem sauren Element. Aus diesem Doppelwesen der Wurzelscheide läfst sich ihr abweichendes Verhalten bei der Eisenbläuung erklären, und es wird verständlich, warum sie in saurer und alkalischer Umgebung gleich ungefärbt bleibt. In alkalischer Umgebung (Fig. 11) wird die saure Komponente der Wurzelscheide neutralisiert und die alkalische Komponente genügt, um die Bläuung zu verhindern, genau so wie die basale Hornschicht es tut (Fig. 9). In saurer Lösung dagegen (Fig. 12) wird die basische Komponente neutralisiert, und die saure genügt in diesem Falle, um die Reduktion aufzuheben, wie es nahezu bei der Hornschicht in saurer Umgebung zutrifft (Fig. 10).

Die bisherigen Erfahrungen mit reduzierbaren Farbstoffen haben uns zu der Erkenntnis geführt, dafs es solche gibt, welche, unbekümmert um die Alkaleszenz oder Acidität der umgebenden Farblösung, nur den Grad der reduzierenden Kraft der Gewebselemente zum Ausdruck bringen; so das Kaliumpermanganat. Im Gegensatz dazu erkannten wir in der Eisensalzmischung ein Mittel, um neben der Reduktionskraft den Einflufs der Alkaleszenz und der Acidität sowohl der Farblösung wie der Gewebselemente zu beurteilen. Die feinen Differenzen, die sich hierbei unter anscheinend gleichartigen Hornsubstanzen (basale Hornschicht und Wurzelscheide) ergaben, liefsen erkennen, dafs schon das blofse Zusammenwirken dieser zwei Faktoren (Reduktionsvermögen einerseits, Alkaleszenz resp. Acidität der Gewebselemente andrerseits) den Gegenstand in vorher ungeahnter Weise kompliziert. Es erschien daher wünschenswert, behufs einer weiteren Klärung und Kontrolle der bisherigen Befunde noch andere, nach gleichem Prinzip wirkende Methoden der Färbung heranzuziehen.

Als eine solche erkannten wir die Färbung der Hautschnitte mit der von LIEBERMANN dargestellten Nitrochrysophansäure, welche man erhält, wenn man rauchende Salpetersäure auf Chrysarobin in essigsaurer Lösung

[5] GAVAZZENI, Trichohyalin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1908. Bd. 47, S. 229.

einwirken läfst. Dieselbe ist leicht reduzierbar, zeigt dabei einen charakteristischen Farbenumschlag und die Eigenschaft, dafs das Reduktionsprodukt das Gewebe in charakteristischer Weise anfärbt.

### Das Nitrochrysophanbild der Haut.

Tetranitrochrysophansäure $C_{15}H_6O_4(NO_2)_4$ wird nach LIEBERMANN und SEIDLER[6] in der Weise dargestellt, dafs man Chrysarobin in Eisessig heifs löst und zur Lösung eine ausreichende Menge rauchende Salpetersäure zutropfen läfst. Es ist ein gelbes, schön kristallisierendes Produkt, unlöslich in Wasser, löslich in Eisessig. Wir haben diese Verbindung gelegentlich anderer Untersuchungen in Händen gehabt und fanden, dafs dieselbe aufserordentlich leicht sich reduzieren läfst und hierbei in einen violetten Farbstoff verwandelt wird. Gibt man z. B. zu der schwach gelb gefärbten essigsauren Lösung der Tetranitrochrysophansäure etwas Zink zu und erwärmt gelinde bis zur Entwicklung von Wasserstoff, so färbt sich die Flüssigkeit rasch dunkelviolett und es kristallisiert nach dem Erkalten ein violett gefärbter Körper, der in den gewöhnlichen organischen Lösungsmitteln (Alkohol, Aceton, Eisessig usw.) mit violetter Farbe löslich ist und verschiedene Stoffe gut anfärbt. Anscheinend werden eine oder mehrere Nitrogruppen reduziert; dann würde der gebildete Farbstoff eine Nitroamidochrysophansäure darstellen.

Dafs die Nitrochrysophansäure eine grofse Neigung zur Reduktion hat, geht daraus hervor, dafs ihre Lösung in Äthyl- oder Methylalkohol schon durch diese Lösungsmittel selbst reduziert wird, indem sie sich dunkelviolett färbt. Dagegen ist ihre Lösung in indifferenten organischen Lösungsmitteln, wie Chloroform, Xylol, Benzol u. a., rein gelb.

Es lag nun nahe anzunehmen, dafs die Nitrochrysophansäure, die im Gegensatz zu anderen Stoffen gerade durch Reduktion zu einem Farbstoff wird, zu unseren Reduktionsversuchen an Schnitten geeignet sein würde.

Die Anwendung geschieht folgendermafsen:

Die Schnitte kommen aus Alkohol in Chloroform, von da in die gelbe Lösung von Nitrochrysophansäure in Chloroform und verbleiben darin etwa zehn Minuten. Darauf gelangen die Schnitte wiederum, um Alkohol zu vermeiden, in Chloroform, von da in Öl und Balsam.

### Das mikroskopische Bild.

An Schnitten der Fufssohle sieht man folgendes: Die mittlere Hornschicht (Fig. 13 mh) und die Stachelschicht (s) färben sich dunkelrot. In scharfem Kontrast hierzu bleiben die basale (bs) und die oberflächliche

---

[6] *Liebigs Annalen der Chemie.* Bd. 212, S. 29.

Hornschicht (oh) vollkommen ungefärbt. Vergleicht man Fig. 13 mit Fig. 9 (Eisen-Cyanbild), so ergibt sich, dafs das Nitrochrysophanbild eine noch feinere Differenzierung in der Hornschicht aufdeckt als das Eisen-Cyanbild. Bei letzterem (Fig. 9) besteht kein Unterschied zwischen oberflächlicher und mittlerer Hornschicht, beim Nitrochrysophanbild (Fig. 13) hebt sich die oberflächliche Schicht durch ihre Unfärbbarkeit scharf ab, genau so, wie die ebenfalls ungefärbte basale Hornschicht. Weniger Wert ist auf die Differenz zu legen, dafs beim Eisen-Cyanbild die basale Hornschicht gelblich gefärbt ist, beim Nitrochrysophanbild ganz ungefärbt bleibt. Denn die gelbe Farbe rührt nur von sekundären Eisenprodukten her, die beim Chrysophanbild kein Analogon besitzen. Abgesehen aber von diesen Differenzen entspricht der Prozefs der Hornschichtfärbung bei dem Chrysophanbilde genau dem Vorgange bei der Eisenbläuung. Hier wie dort zeigt die grofse Masse der Hornschicht ein eminentes Reduktionsvermögen, welches im Bereiche der basalen Hornschicht wie abgeschnitten aufhört.

Im Gegensatz zur Oberhaut färbt sich das Kollagen der Cutis (Fig. 13 c) im ganzen orange, während die zelligen Elemente derselben (Blutgefäfse, Knäueldrüsen, Muskeln) eine rote Färbung aufweisen.

Fig. 14 ist das Ergebnis einer Färbung mit Nitrochrysophansäure in Chloroformlösung, welcher etwas Eisessig zugesetzt ist. Dieses Bild (Fig. 14) verhält sich zu Fig. 13, wie bei den Eisen-Cyanbildern Fig. 10 zu Fig. 9. Auch hier bemerkt man eine vollkommene Inversion der Färbung wie dort. Am stärksten gefärbt (rot) tritt die basale Hornschicht (bs) hervor, welche in Fig. 13 ganz ungefärbt ist. Dagegen ist die mittlere Hornschicht (mh), die in Fig. 13 stark gefärbt ist, in Fig. 14 fast ungefärbt. Die oberflächliche oder Endschicht (oh) ist hier wieder stärker gefärbt und verhält sich also auch bei der Inversion ähnlich wie die basale Hornschicht. Die Stachelschicht (s) ist schwach rosa, die Cutis (c) nahezu ungefärbt.

Wenn wir die Schnitte von der Kopfhaut mit Nitrochrysophansäure behandeln, so wird das Protoplasma der Stachelschicht (Fig. 15 s) sowohl im Deckepithel wie in den Haarbälgen schön rot gefärbt, ebenso die Muskelsubstanz (m) und, etwas schwächer, die Knäueldrüsen (k). Die Hornschicht, sowohl an der Oberfläche (h) wie im Haarbalgtrichter ($h^1$) bleibt dagegen ebenso ungefärbt wie die Wurzelscheide (w). Die Gesamthornschicht (Fig. 15) an der Kopfhaut entspricht mithin der Endschicht an der Fufssohle (Fig. 13). Vergleichen wir nun Fig. 15 (Nitrochrysophanbild) mit dem entsprechenden Eisen-Cyanbild (Fig. 11), so sehen wir, dafs die verschiedene Färbung der Hornschicht (in Fig. 15 ungefärbt, in Fig. 11 blau) sich dadurch erklärt, dafs in beiden Fällen die dünne Gesamthornschicht sich ebenso verhält wie die oberflächliche Hornschicht der Fufssohle.

Fig. 16 zeigt einen Schnitt der Kopfhaut, der in der Weise gefärbt worden ist, dafs der Lösung von Nitrochrysophansäure in Chloroform Essigsäure zugesetzt wurde, und bildet somit ein Pendant zu Fig. 12. Dort hat das Ansäuern keine Umkehrung der Färbung hervorgebracht, indem die Wurzelscheide in Fig. 12 ebenso ungefärbt blieb wie in Fig. 11. Der einzige Effekt war eine allgemeine schwächere Bläuung der Hornschicht. Hier aber — beim Nitrochrysophanbild (Fig. 16) — hat das Ansäuern bei der Wurzelscheide in ausgesprochener Weise eine Inversion der Färbung zur Folge gehabt, d. h. Fig. 16 verhält sich in betreff der Wurzelscheide zu Fig. 15 nicht wie Fig. 12 zu Fig. 11, wohl aber wie Fig. 14 zu Fig. 13 sich in betreff der basalen Hornschicht verhält. Wir sehen, dafs die Wurzelscheide stark rot, die Stachelschicht der Haarbälge schwach, die Cutis im allgemeinen gelbbraun gefärbt erscheinen — alles andere wie in Fig. 15. Die einzige Stelle, die nicht ganz einer Umkehrung entspricht, ist die Endschicht, die nur um ein weniges dunkler ist als in Fig. 15. Sonst aber bewirkt das Ansäuern eine vollständige Inversion, die wir in betreff der Wurzelscheide bei dem Eisen-Cyanbilde vermifst haben. Wir haben dort (siehe S. 154) das Ausbleiben der Inversion dadurch erklärt, dafs die Wurzelscheide sowohl basische als auch saure Bestandteile in sich schliefst, und dafs der basische Teil als Träger der Inversion durch die saure Umgebung sozusagen seine Wirksamkeit verliert. Halten wir an dieser plausiblen Erklärung fest, so müfste die Inversion durch Säure auch in Fig. 16 versagen. Sie tritt aber zu unserer Überraschung wenigstens bei der Wurzelscheide dennoch ganz ausgeprägt auf. Oder ist die Essigsäure als Säure zu schwach, um die Wirksamkeit des basischen Teiles der Wurzelscheide zu kompensieren? Denn bei Fig. 12 hat es sich um das Ansäuern mit Salzsäure gehandelt. Leider war es nicht möglich, auch bei der Färbung mit Nitrochrysophansäure Salzsäure zum Ansäuern zu verwenden, da wir mit einer Lösung von Nitrochrysophansäure in Chloroform (resp. Xylol, Benzol) arbeiten mufsten.

Wie dem nun auch sei, wir sehen jedenfalls, dafs die Inversion der Wurzelscheide beim Eisen-Cyanbilde versagt, beim Nitrochrysophanbilde dagegen zur Geltung kommt, und stehen vor einem Widerspruch, für den wir zunächst noch keine sichere Erklärung haben. Weitere Untersuchungen mit oxydierenden Färbungen (reduzierbaren Chromogenen) müssen diesen Widerspruch zu heben versuchen.

### Die Ursachen des Reduktionsvermögens der Haut.

Wir kommen nun zu der Hauptfrage, welche Substanzen in der Haut die Träger der geschilderten Reduktionsphänomene sind. Um die Betrachtung zu vereinfachen, möchten wir die Muskeln der Haut zunächst ausschliefsen, da dieselben für das gesamte Hautbild wenig in Betracht

kommen, ihrerseits aber eine solche Fülle verschiedenster Körper (Basen, Säuren, Kohlehydrate usw.) einschließen, daß dem Reduktionsvermögen der Muskeln eine eigene Untersuchung gewidmet werden muß.

Schließen wir die Muskeln aus, so kommen in der Haut wesentlich folgende drei Klassen von Körpern in Betracht:

1. Eiweiße.
2. Fette.
3. Cholesterin, Lecithin.

Unsere Versuche haben nun gezeigt, daß die animalischen ebenso wie die vegetabilischen Fette $KMnO_4$ und Eisencyanmischung in ziemlich hohem Grade reduzieren. Besonders stark reduziert die Ölsäure, welche bekanntlich im Hautfette stets auch frei vorkommt. Dagegen ergeben unsere Untersuchungen von reinem Cholesterin und Lecithin, daß sie in der Kälte weder $KMnO_4$ noch Eisencyanmischung reduzieren.

Beide genannten Klassen von Körpern können wir aber für unsere Frage vollständig ausschalten, da die von uns benutzten Hautschnitte durch die Vorbehandlung mit Alkohol und Celloidinlösung von allen in Betracht kommenden Stoffen befreit sein mußten. Wir haben uns aber nicht auf diesen Umstand verlassen, sondern Hautstücke eigens einer langen Entfettung mit warmem Äther im Soxhletapparat unterworfen und von diesen die Schnitte in der beschriebenen Weise gefärbt. Die Resultate waren genau dieselben, wie bei den nur in der gewöhnlichen Weise fixierten Hautstücken.

Es bleibt uns also nur übrig, die Eiweißsubstanzen der Haut als alleinige Träger der Reduktionserscheinungen zu betrachten. Unsere Frage lautet demzufolge genauer so: Worauf beruht die verschieden starke Reduktionskraft der Eiweißsubstanzen, die wir in den verschieden stark gefärbten Elementen antreffen?

Im allgemeinen sind bekanntlich die Eiweißsubstanzen sehr verschieden in bezug auf Löslichkeit, Verdaulichkeit, Fällbarkeit, Koagulation usw., während sie andrerseits doch durch eine Menge gleicher Reaktionen sich als eine gut charakterisierte, einheitliche Körperklasse darstellen. Die neuere Chemie erklärt das so, daß alle Eiweißkörper aus denselben Untergruppen in quantitativ sehr wechselnder Menge bestehen; diese gleichen Untergruppen (Amidosäuren und andere Abbauprodukte) bedingen die allgemeine Ähnlichkeit, die verschiedene Quantität derselben die Verschiedenheiten der Eiweißkörper. So können, um ein Bild zu gebrauchen, alle Häuser eines Stadtviertels aus denselben Materialien: Holz, Eisen, Steinen, Zement, bestehen, und doch alle verschieden beschaffen sein, je nachdem ein oder das andere Material vorwaltet. Diese Anschauung schließt aber die notwendige Folgerung ein, daß die einzelne Untergruppe noch im ganzen Komplex des Eiweißmoleküls ihre spezifischen Eigenschaften durch-

zusetzen vermag. So ist z. B. MILLONS Reagens ein allgemeines Reagens auf Eiweifs, speziell aber nur ein Indikator für Tyrosin in demselben. Als solcher kann es sogar, wie wir in dem vorhergehenden Artikel[7] zu zeigen vermochten, die Eiweifssubstanzen der Haut tinktoriell nach ihrem wechselnden Gehalt an Tyrosin differenzieren.

Sollte nicht vielleicht auch das verschiedene Reduktionsvermögen der Hautelemente durch eine besonders reduktionsfähige Untergruppe innerhalb des Eiweifskomplexes erzeugt sein?

Um diese Frage zu beantworten, untersuchten wir die wichtigsten der unter den Spaltungsprodukten des Eiweifses vorkommenden Amidosäuren auf ihr Reduktionsvermögen gegenüber $KMnO_4$ und Eisencyanmischung. Es standen uns die folgenden Amidosäuren hierfür zur Verfügung: Glykokoll, Alanin, Glutaminsäure, Phenylalanin, Leucin, Asparagin, Cystin und Tyrosin. Die Versuche wurden so angestellt, dafs einige Körnchen der Substanz mit ein bis zwei Tropfen der beiden Reagentien auf einem Objektträger verrieben wurden. Die eintretende Braun- resp. Blaufärbung des Tropfens zeigte sodann die erfolgte Reduktion und die Stärke derselben an.

**Reduktionsvermögen der Amidosäuren.**

| Amidosäuren | $KMnO_4$ | Eisencyanmischung |
|---|---|---|
| Asparagin . . | — | — |
| Alanin . . . | — | — |
| Phenylalanin . | — | — |
| Leucin . . . | + | + |
| Glutaminsäure . | + | + |
| Glykokoll . . | ++ | — |
| Cystin . . . . | ++ | — |
| Tyrosin . . . | +++ | +++++ |

Wie die Tabelle lehrt, reduzieren Alanin, Phenylalanin und Asparagin gar nicht, Glycokoll und Cystin nur $KMnO_4$, nicht aber die Eisencyanmischung. Gut reduzieren Leucin und Glutaminsäuren, sehr energisch und stark aber nur Tyrosin. Es liegt daher am nächsten, unsere Reduktionsbilder der Haut als Tyrosinbilder aufzufassen. Das Tyrosinbild der Haut ist uns bereits bekannt; wir haben es im vorhergehenden Artikel beschrieben. In der Tat zeigt es mit den Reduktionsbildern unserer jetzigen Tafel eine

[7] GOLODETZ und UNNA, Zur Chemie der Haut. II. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1908. Bd. 47, S. 595. In dieser Arbeit ist versehentlich als Autor der Arbeit: „Die Monoaminosäuren der Schalenhaut des Hühnereies" nur Prof. ABDERHALDEN genannt, während dieselbe von diesem in Gemeinschaft mit Dr. ERICH EBSTEIN verfafst wurde.

sehr weitgehende Ähnlichkeit, besonders mit denen der Eisencyanmischung und der Nitrochrysophansäure in saurer Lösung. Und hiermit stimmt wiederum, dafs MILLONS Reagens in stark saurer Lösung angewendet wird.

Es mag aber doch zweifelhaft erscheinen, ob wir die Reduktionsbilder der Haut einfach auf Tyrosin beziehen dürfen, da, wie wir in der obigen Tabelle gesehen haben, auch Leucin und Glutaminsäure, wenn auch nur in geringerem Mafse, reduzierend wirken. Und dazu kommt noch, dafs die Hornschicht (Keratin) sehr viel mehr Leucin als Tyrosin enthält:

| | |
|---|---|
| Leucin | 18,3 % |
| Tyrosin | 4,6 % |
| Glutaminsäure | 3,0 %[8] |

so dafs das Reduktionsbild der Hornschicht vielleicht auch ein Leucinbild und kein Tyrosinbild sein könnte.

Wir kennen nun aber glücklicherweise auch bereits die Abbauprodukte des Elastins und Kollagens, welche, wie unsere beiden Tafeln übereinstimmend zeigen, weder mit MILLONS Reagens, noch mit den reduzierbaren Reagentien die typische Färbung erkennen lassen. Und doch enthält das Elastin noch viel mehr Leucin als die Hornschicht:

| | |
|---|---|
| Leucin | 36,00 % |
| Tyrosin | 0,34 % |
| Glutaminsäure | 0,76 %[9] |

das Kollagen andrerseits sehr viel Glutaminsäure:

| | |
|---|---|
| Leucin | 2,1 % |
| Tyrosin | 0 |
| Glutaminsäure | 15 %[10] |

Folglich können wir als Träger des Reduktionsvermögens bei unseren Bildern sowohl Leucin wie Glutaminsäure nicht anerkennen und kommen somit, wenigstens per exclusionem, zu dem Schlusse, dafs nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse unsere Reduktionsbilder der Hauptsache nach auch als Tyrosinbilder — ebenso wie das mit MILLONS Reagens erzeugte Bild — zu betrachten sind.

## Ergebnisse.

1. Das wichtigste Resultat in mikrochemischer Beziehung, welches die sämtlichen Reduktionsfärbungen ergeben haben, ist das hervorragende

---

[8] S. FRÄNKEL, *Deskriptive Biochemie.* 1907. S. 366. Wiesbaden, Verlag J. F. Bergmann.

[9] S. FRANKEL, *Deskriptive Biochemie.* 1907. S. 278, 301, 368. Wiesbaden, Verlag J. F. Bergmann.

[10] S. FRÄNKEL, *Deskriptive Biochemie.* 1907. S. 372, 286. Wiesbaden, Verlag J. F. Bergmann.

Reduktionsvermögen aller protoplasmatischen Elemente der Haut. Alle Zelleiber, sowohl der Bindegewebszellen wie der Knäuel- und Talgdrüsen, am meisten aber die voluminösen Zelleiber der Stachelschicht, sowohl des Deckepithels wie der Haarbälge, reduzieren in hervorragendem Maſse. An dieses Zellprotoplasma schlieſst sich als nahezu gleichwertig die Muskelsubstanz an.

Dadurch tritt das Zellprotoplasma einerseits in einen Gegensatz zu den Intercellularsubstanzen, dem Kollagen und Elastin, andererseits in einen noch schärferen Gegensatz zur Kernsubstanz. Besonders die letztere Differenz ist neu und wichtig. Man nannte wohl bisher gewisse saure Färbungen, wie die mit Eosin, van Giesons Gemisch: Protoplasmafärbungen. Doch waren sie es nicht in dem elektiven Sinne, daſs die Kerne dabei ganz ungefärbt (als helle Kreise) hervortraten. Das kam daher, weil bestimmte Teile der Kernsubstanz (Kernsaft) auch saure Farben annehmen. Die Reduktionsfärbungen sind aber solche echte, elektiv wirkende Protoplasmafärbungen, da die Kernbestandteile, wie es scheint, alle nicht zu reduzieren vermögen. In Zukunft wird daher bei Untersuchungen über Protoplasma und Kernsubstanz nicht nur die Differenz zwischen Alkalescenz und Acidität, sondern auch die zwischen Reduktionsvermögen und -unvermögen beachtet und tinktoriell geprüft werden müssen.

2. Ein zweites mikrochemisch interessantes Ergebnis ist es, daſs die dem Protoplasma innewohnende Reduktionskraft bei derjenigen physiologischen Veränderung, die wir Verhornung nennen, noch weiter gesteigert ist, so daſs gewisse Teile der Hornsubstanz, die basale Hornschicht und die Wurzelscheide, in der Haut das höchste Reduktionsvermögen aufweisen.

3. Als dritte aus unseren Färbungsversuchen resultierende Erfahrung können wir den Satz hinstellen, daſs die basale Hornschicht (der Fuſssohle) im Gegensatz zur übrigen Hornschicht alkalisch reagiert. Denn nur so wurde die paradoxe Erscheinung erklärlich, daſs die basale Hornschicht weder bei der Eisen-Cyanmethode das Blau durch Reduktion, noch bei der Nitrochrysophanmethode das Rot durch Reduktion anzeigt, wie die mittlerere Hornschicht es tut. Mithin sind die von uns zur Färbung benutzten Reagentien nebenbei eine Art Indikator zum Nachweise einer Alkalescenz und Acidität der Gewebselemente.

4. Mit gröſster Wahrscheinlichkeit können wir endlich den Satz hinstellen, daſs bei den beschriebenen Reduktionsbildern, dem Manganbilde, Eisen-Cyanbilde und Nitrochrysophanbilde der Haut die Reduktion der Hauptsache nach durch Tyrosin bewirkt wird.

## Anhang zum Manganbilde der Haut.
(Fig. 6, 7, 4 und 8.)

Im Laufe unserer Versuche mit der Reduktion des Permanganats durch die Haut sind uns verschiedene mikroskopische Bilder aufgestoſsen, welche, ohne in den Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung sich direkt einzufügen, vielleicht Anregung zu weiteren Untersuchungen geben dürften. Wir wollen daher nicht versäumen, dieselben hier anhangsweise mitzuteilen.

### 1. Verschiedenheit der Hornzellen (Fig. 6).

Bekanntlich hat Rausch[11] durch Färbungen der macerierten Hornzellen des Deckepithels nachgewiesen, daſs zwischen den anscheinend gleichartigen Hornzellen bemerkenswerte Unterschiede vorhanden sind, die sich teils auf die Tingibilität (blau und rot bei der Färbung mit polychromer Methylenblaulösung), teils auf das Oberflächenrelief der Hornzellen beziehen. Die Ursache, besonders der tinktoriellen Unterschiede, ist bis jetzt nicht aufgeklärt worden. Es ist daher gewiſs von Interesse zu erfahren, daſs wir bei Behandlung eines nach Rausch hergestellten Hornbreies, welcher die von diesem Autor beschriebenen tinktoriellen Verschiedenheiten zeigte, mit $KMnO_4$ ganz analoge Differenzen in der Färbung der Hornzellen erzielten.

Fig. 6 gibt eine Vorstellung von der verschiedenen Stärke, in welcher die Hornzellen das Permanganat reduzieren.

Wir finden inmitten einer und derselben Gruppe von Hornzellen dunkelbraun (d) gefärbte neben ganz schwach hellbraun (h) gefärbten und in vollkommener Analogie mit den Befunden von Rausch zeigen einzelne dunkel gefärbte Hornzellen helle Fazetten (f). Es scheint hieraus hervorzugehen, daſs bei der von Rausch beschriebenen Differenz eine mehr oder minder starke Reduktionskraft der Hornzellen eine Rolle spielt. Diese Annahme findet eine Bestätigung in der Färbung des Hornbreies mit der Eisenmischung. Auch hier ist ein deutlicher Unterschied zwischen schwach und stark gebläuten, also verschieden stark reduzierenden Zellen vorhanden.

### 2. Knäuelkörner (Fig. 7).

Wenn man kleine Stücke frischer Fuſssohlenhaut in eine 1 %ige Permanganatlösung auf 12—24 Stunden einlegt, dann in Celloidin einbettet und Schnitte anfertigt, und diese eventuell durch Sol. calcii bisulfurosi aufhellt, so erhält man von den Knäueldrüsen ein Bild, wie es

[11] Rausch, Tinktorielle Verschiedenheit und Relief der Hornzellen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897. Bd. XXIV, S. 65.

Fig. 7 wiedergibt. Die sezernierenden Schläuche sind durchsetzt von dunkel schwarzbraun gefärbten Körnern und Tropfen, die teils einzeln, teils in Gruppen geordnet sind. Sie sind den an Osmiumbildern in den Knäueldrüsen auftretenden schwarzen Körnern auffallend ähnlich; sowohl die Gröſse wie die Form ist annähernd die gleiche. Auch finden sich hier viele tropfenförmige Körner, welche nur am Rande braun bis schwarz sind, im Innern aber ein helles Zentrum aufweisen.

An den durch Alkohol gehärteten und in Celloidin eingebetteten Präparaten finden sich die Körner nicht. Auch hierin sind die Mangankörner der Knäueldrüsen den Osmiumkörnern zu vergleichen und bestehen daher wahrscheinlich wie diese aus dem Fett der Knäueldrüsen.

Die in Fig. 7 mitgezeichneten Abschnitte des Knäueldrüsenganges (kg) zeigen, daſs auch in diesem die Kerne ungefärbt sind. Sie erscheinen als regelmäſsig gestellte farbschwache Lücken.

### 3. Färbung des Papillarkörpers (Fig. 4 und 8).

Wenn man einer 1 %igen Permanganatlösung in einem Schälchen konzentrierte Salzsäure hinzutropft, so entwickelt die Mischung sofort Chlor und es entsteht eine braune Fällung, während die Flüssigkeit ein miſsfarbenes Rosa annimmt. Bringt man in diesem Moment Hautschnitte auf kurze Zeit in die Flüssigkeit und spült sie darauf in konzentrierter HCl ab, so bekommt man ein Bild, welches sich zu dem gewöhnlichen Manganbilde fast wie ein Negativ verhält. Die Hornschicht (Fig. 4h) ist fast, die Stachelschicht völlig ungefärbt. Bei stärkerer Vergröſserung (Fig. 8) bemerkt man, daſs die Hüllen der einzelnen Hornzellen leicht gefärbt sind (Fig. 8h). Im Gegensatze dazu ist der Papillarkörper (Fig. 4p) dunkelbraun gefärbt und diese Färbung zeigt auch in abnehmendem Grade die Cutis (Fig. 4c). Bei stärkerer Vergröſserung erscheinen die Papillen wie aus einem dichten braunen Faserfilz gebildet (Fig. 8p). Auch der Schweiſsporus hebt sich bei dieser Färbung plastisch von der übrigen Hornschicht ab (Fig. 8po). Wir geben diese Bilder ohne weitere Bemerkung, nur ihres histologischen Interesses wegen. Es ist einleuchtend, daſs man auf diese einfache Weise jederzeit imstande ist, die Gestalt des Papillarkörpers auch ohne Zuhilfenahme von Flächenbildern deutlich zu erkennen.

---

# Versammlungen.

## Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Januar 1909.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Beer demonstriert einen 8½jährigen Knaben mit **syphilitischen Ulcerationen** an Nase und Wange und Orchitis beider Seiten. Es handelt sich vermutlich um eine in frühester Kindheit erworbene Lues. Patient und seine Mutter geben Wassermannsche Reaktion, der Vater nicht.

2. Beer demonstriert: a) den 5½jährigen Bruder des vorigen mit **Aplasia pilorum intermittens.** Der Grofsvater und ein Onkel scheinen dieselbe Haaranomalie zu besitzen. b) ein siebenjähriges Mädchen einer anderen Familie, das wie ihr Vater, mit demselben Leiden behaftet ist.

Diskussion: Lesser erwähnt seltenere Vorkommnisse von Spindelhaaren bei Tieren.

3. Beer demonstriert eine **syphilitische Erkrankung der Nägel,** Abhebung mit nachwachsender Längsleiste, vermutlich durch Erkrankung der Nagelmatrix, bei einer Frau.

Diskussion: Heller spricht die Nagelerkrankung als papulöse Erkrankung des Nagelbetts und der Nagelmatrix an. Er selbst hat Längsstreifen der Nägel bei Syphilis beschrieben (*Dermatol. Zeitschr.* 1908, Nr. 1), die nicht einfach auf syphilitische Erkrankung des Nagelbetts zurückzuführen sind, sondern mehr als Folge einer Dystrophie angesehen werden müssen.

4. Arndt demonstriert einen Patienten mit **tertiären Eruptionen,** die seit fast einem Jahre am Gesicht, an Armen und Beinen, in denen sich **lupoide,** weiche, glasige, bläulichrote **Herde** vorfinden, sehr an Lupus vulgaris erinnernd.

5. Heller demonstriert einen Patienten mit Entwicklung eines **Lichen planus** zuerst auf einer, viele Jahre **alten Brandnarbe.**

6. Halle, Fall zur Diagnose: **Sarkoid Boeck oder Lues.** Frau mit ziemlich scharf begrenztem, blauroten 2½ cm breiten, 1½ cm hohen, knorpelharten Tumor oberhalb der Augenbrauen, seit September 1908 allmählich angewachsen. Wassermann negativ. Mikroskopische Untersuchung fehlt noch.

Diskussion: Lesser spricht sich für Lues aus. Der Tumor ist unter Jodkalium kleiner geworden. Rosenthal schliefst sich dieser Ansicht an, er ist geneigt, das Penost als Ausgangspunkt anzusehen. Lippmann hält die Heilwirkung des Jodkaliums nicht für ein sicheres Zeichen der Lues. Erythema indur. Bazin verschwindet in gewissen Fällen ebenfalls durch Joddarreichung. L. Meyer bemerkt, dafs die negative Wassermannsche Reaktion bei tertiärer Lues recht häufig ist. Arndt neigt sich mehr der Annahme eines grofsknotigen Sarkoids zu. Hoffmann teilt diese Anschauung, bei unbehandelter tertiärer Lues ist Wassermann meist positiv. Heller kennt Ausnahmen von dieser Regel. Hoffmann hat bei diagnostisch schweren Fällen meist das Glück gehabt, durch positive Reaktion in der Diagnose Lues bestärkt zu werden.

7. Halle demonstriert Präparate: a) von **Boeckschem Sarkoid;** b) von **Syphiliden der Hand,** die **sarkoidähnlich** aussahen.

8. Blumenthal demonstriert ein kleines Mädchen mit einem über beide Beine ausgebreiteten **braunen ichthyosiformen Naevus,** der erst im zweiten bis dritten Lebensjahre begonnen hat und dessen Entwicklung rote Flecke voraufgegangen sind.

## Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. Pollitzer-Wien.

Sitzung vom 25. November 1908.

Sachs stellt vor:

1. einen **Lichen ruber verrucosus** an beiden Unterschenkeln in Plaques und Streifen, seit sieben Jahren bei dem 36jährigen Mann bestehend.

2. ein **Haemangioendothelioma papulosum** in Form zahlreicher stecknadelkopfgroſser, lebhaft rotbrauner Knötchen an den Seitenflächen des Thorax. Der klinische Befund wird durch das typische Bild des histologischen Präparates bestätigt.

Grosz demonstriert einen Fall gewerblicher, chronischer **Zementverätzung,** ähnlich den von ihm und Neugebauer vorgestellten gewerblichen Verätzungen mit Soda. Der Arbeiter hat in einer Zementfabrik gearbeitet und zeigt an beiden Unterschenkeln heller- bis guldengroſse braunschwarze Schorfe mit starker, entzündlicher Rötung am Raude.

Grünfeld zeigt einen Mann mit **multiplen gummösen Ulcerationen,** zunächst den linken Hoden betreffend, der durch die fast abgelaufenen Geschwürsprozesse zu einem unregelmäſsigen Narbenstrang verändert ist, mit einem nicht ganz haselnuſsgroſsen Knoten als Rest des Hodens. Ein groſser Tumor mit geröteter Haut über dem Processus xiphoideus, mit dem ein fistulöses Geschwür an der linken elften Rippe zusammenhängt; ebenso befindet sich über der linken Clavicula ein mit dem Knochen zusammenhängendes Geschwür. Im Eiter des Hodens und der anderen Geschwüre konnten keine Tuberkelbazillen nachgewiesen werden; doch besteht eine Infiltratio pulmonum.

Hintz demonstriert einen Fall von **Neurofibroma Recklinghausen** mit mächtigen, schmerzlosen, herabhängenden Tumoren der linken Gesichtshäfte, die durch Bindegewebsstränge gegen die Tiefe reichen. Zahlreiche andere Tumoren an der Haut des Stammes.

Nobl stellt vor:

1. einen 25jährigen Mann mit einem **papulo-nekrotischen Tuberkulid** an den Streckseiten der Extremitäten, seit drei Monaten bestehend. Lymphomata colli.

2. einen neunjährigen Knaben mit einem **Lichen scrophulosorum,** feinen, in Gruppen gestellten, an der Spitze leicht schuppenden Knötchen am Stamme, einem Scrophuloderma am Oberschenkel und einem Lupus verrucosus am rechten Unterschenkel. Vor vier Wochen wurde nach der Methode von Morro eine Cutanreaktion mit 50%iger Alttuberkulinsalbe gemacht; danach bildeten sich einzelne, mit kleinen Pusteln besetzte Knötchen und bald im Bereiche der Reaktion zahlreiche kleine Knötchen, die dann ganz den Charakter der Lichenknötchen annahmen, histologisch aber nicht das typische Bild dieser Effloreszenzen zeigen.

3. eine solche **Cutanreaktion,** fünf Tage nach der Applikation; im streng begrenzten Areale zahlreiche, lebhaft rote Knötchen mit kleinsten Pusteln; daneben auſserhalb des eingeriebenen Areales kleine, nicht pustulöse Knötchen.

4. ein Mädchen mit **Erythema induratum Bazin** und auch ulcerierten Knoten sowie pigmentierten Narben an den unteren Extremitäten. Die fünftägige Salbenreaktion ist schon im Ablaufe und zeigt auch lichenähnliche Knötchen.

5. einen Knaben mit **Scrophuloderma** und einer handtellergroſsen Reaktion von lebhaft roten und pustulösen Knötchen.

6. ein achtjähriges Mädchen mit einem papulo-nekrotischen Tuberkulid und dem ersten Grade der **Reaktion nach Morro,** zerstreuten einzelnstehenden, kleinsten roten Knötchen.

Ullmann zeigt eine **Trichophytie** mit einzelnen Knötchen und Flecken, daneben kreisförmige und circinäre Formen. Pilzbefund positiv.

Diskussion: Zumbusch hat bei demselben Patienten bei mangelhafter Beleuchtung die Diagnose Lichen scrophulosorum gestellt, glaubt aber, dafs es sich um eine besondere Form von Pityriasis rosea mit chronischem Verlaufe handelt, die oft sehr resistent sind und gerne rezidivieren.

Fasal demonstriert:

1. einen Fall von **idiopathischem, multiplem Pigmentsarkom**, vor einem Jahre durch Röntgenbestrahlung zurückgegangen, jetzt Rezidive an den Extremitäten und am Penis.

2. ein 13jähriges Mädchen mit einer handtellergrofsen, seit 1½ Jahren bestehenden **Sclerodermia circumscripta** am rechten Kieferwinkel.

Königstein stellt vor:

1. einen 23jährigen Mann, der an starken **Erektionen** litt; im Anschlufs an eine solche bekam er im September eine starke Blutung mit einem Hämatom bis gegen den Hodenansatz, danach allmähliche Rückbildung mit Restieren einer derben, harten Narbe im Corpus cavernosum.

2. eine chronische **Induratio penis plastica** bei einem älteren Manne in beiden Corpora cavernosa.

Diskussion: Nobl glaubt, dafs es sich meist und auch im ersten Falle wahrscheinlich um primäre fibröse Veränderungen handelt; ein Trauma wird dann oft als Ursache angegeben, ist aber eine zufällige Coincedenz. Die Induration zeigt immer eine derbe fibröse Kapsel, die weit in die Corpora cavernosa hineinreicht.

3. ein serpiginöses, gruppiertes **Syphilid** am rechten Ellenbogen nebst ulcerierten Gummen am harten Gaumen.

Oppenheim demonstriert:

1. eine **symmetrische Gangrän** bei einem 55jährigen Manne mit Diabetes. Es kommt an den unteren Extremitäten, besonders den Zehen, zu Blasenbildungen, die oft ausheilen. oft aber zu ulcerierten, gangränösen Herden führen. Bei Diabetes kommt es wohl auch zu Blaseneruption und Gangrän, doch befinden sich dann die Blasen am Rande der Gangrän und führen so zur Progression derselben.

Diskussion: Weidenfeld. Man findet auch bei Diabetes solche oberflächliche Blasen und Gangrän. Die von Kaposi beschriebenen Fälle wurden aber als Gangraena progressiva beschrieben. Die Blasenbildung bei Diabetes erfolgt durch Traumen und Sekundärinfektion.

2. einen **Lichen ruber planus** in verschiedenen Formen an den unteren Extremitäten. Schöne Ringformen an der Penishaut.

Volk stellt vor:

1. einen **Lichen ruber accuminatus** bei einem 17jährigen Manne. An den Finger- und Handrücken sind dichtgestellt zahlreiche, kleine, blafsrote, derbe, follikuläre Knötchen mit derbem, weifsem Schuppenkegel an der Spitze. Auch an den Streckseiten der Extremitäten, am Stamme, besonders dem Rücken, im Gesichte, vorwiegend an der Stirne, Nase und Kinn, sind gleiche, einzelnstehende und vielfach in kleineren oder gröfseren Gruppen stehende Knötchen mit derber, harter, weifser Schuppe an der Spitze der Effloreszenzen; daneben sind auch erbsen- bis hellergrofse, aus Knötchen konfluierte und auch ganz flache, fast erythematöse, fein schuppende Stellen. Auch in den Handtellern und Fufssohlen sind ähnliche, tiefliegende, auch gruppierte Knötchen, über denen die Hornhaut stark verdickt emporragt. Schleimhäute frei.

Diskussion: WEIDENFELD. Trotz der neben den typischen Knötchen bestehenden erythematösen Stellen und der nicht gewöhnlichen Lokalisation im Gesichte, besonders der Nase, während sonst die Ohrmuschel ergriffen ist, mufs hier der Diagnose beigepflichtet werden.

2. einen 22jährigen Mann, der 1906 Lues akquirierte und zehn Injektionen von Oleum cinereum erhielt; April 1908 Rezidive, wieder zehn gleiche Injektionen. Während der Behandlung traten an der Mundschleimhaut Knötchen von ganz anderem, anscheinend nicht luetischem Charakter auf; im Juli auch an den Extremitäten rotbraune, flache, knötchenartige, meist erbsengrofse, aber auch gröfsere Infiltrate mit deutlichen, feinen Schuppen. Diese Erscheinungen sowie die am Halse seit drei Jahren bestehenden Lymphome reagierten auf die antiluetische Kur nicht. Neben den elevierten Infiltraten sind seit einer Woche auch blafsbräunliche Flecken zu sehen, welche die Diagnose eines **prämykotischen Exanthems** noch bestärken.

Diskussion: NOBL hält die ganze Affektion für Lues und die Formen, die aus kleinen Knötchen aggregiert sind, als kleinpapulöses Syphilid, eventuell als Kombination mit einem Lichen scrophulosorum.

GROSZ betrachtet das Exanthem gleichfalls als eine Lues bei einem Skrophulösen, die meist auf Quecksilber nicht reagieren, sondern auf eine allgemein roborierende, speziell eine Arsentherapie.

VOLK betont demgegenüber, dafs die Herde am Rücken sicher nicht aus kleinen Knötchen konfluierten, sondern von vornherein flach schuppeud waren. Die Effloreszenzen reagierten weder auf lokale und allgemeine Quecksilbertherapie noch auf Arsen. In dem sonst normalen Blutbefund besteht nur ein Überwiegen der grofsen mononukleären Leukocyten.

REITMANN demonstriert:

1. den letzthin gezeigten Fall von **Dermatitis framboesiformis**. Die Handrücken sind fast geheilt, Oberlippe und Nasenflügel noch mit feinpapillären, trockenen Effloreszenzen bedeckt. Die Ätiologie ist noch immer unklar, jeder mykotische Befund bisher negativ; der Einflufs der Therapie, intern Jodkalium, extern Jothion, ersichtlich günstig.

2. ein **QUINCKEsches angioneurotisches Ödem** bei einem 18jährigen Patienten, seit sechs Monaten bestehend. Ohne subjektive Beschwerden treten bis faustgrofse, wenig gerötete, teigig weiche Knoten an der Haut, besonders im Gesichte, auf, die in wenigen Stunden zurückgehen. Auch ein halbseitiges Anschwellen der Zunge war zu bemerken. Auf Kältereiz (Chloräthyl) entsteht eine artefizielle Urticaria. Therapie: Karlsbader Kur, fleischlose Diät und eine Kaltwasserbehandlung.

3. eine **Akne teleangiektodes** bei einem 29jährigen Mädchen. Im Gesichte, an der Stirne, den Wangen, der Nase und dem Kinne dicht gesät stecknadelkopfgrofse, lebhaft rotbraune, erhabene, nicht vereiterte Knötchen, daneben keine Akne. Aneinandergereiht finden sie sich auch an den Rändern der Lippen.

4. eine seit sechs Monaten bestehende Alopecie, haarlose Stellen am Scheitel in Form einer gröfseren Plaque mit einzelnen kleineren, fleckförmigen Stellen mit leichter perifollikulärer Rötung und Entzündung am Rande. Alopecia areata, abgelaufener Favus oder Lupus erythematosus sind auszuschliefsen; am ehesten kommt in Betracht die **Pseudopelade BROCQ** oder die von RIEHL beschriebene Form circumskripter, fortschreitender Seborrhoe.

Diskussion: NOBL möchte den Fall auch in die von BROCQ abgegrenzte Gruppe einreihen, wenn auch die meisten Fälle derselben mehr isolierte Herde und vorwiegende Lokalisation am Hinterhaupt zeigen.

KAUTA. Bei den Fällen BROCQS sind die erythematösen Stellen nie anfangs und

gehen rasch vorüber; wichtig ist auch das Stehenbleiben einzelner Haare; Brocq stellt seine Gruppe dem Lupus erythematosus nahe und behandelt sie mit Chinin + Jodtinktur. Sabouraud wendet dagegen Oleum fagi und Pyrogallus oder Zinnober (1:10) an.

Die am 8. Dezember 1908 abgehaltene Jahresversammlung führte zur Neuwahl des Präsidiums, in das Prof. Finger und Ehrmann gewählt wurden.

Sitzung vom 13. Januar 1909.

Ullmann stellt vor: einen jungen Mann mit mehreren nebeneinander gruppierten, erbsen- bis hellergrofsen alopecischen Stellen am linken Scheitel; von den haarlosen, flach atrophischen Stellen mit feinen Schuppen und leicht erhabenen Follikeln reicht ein schmaler, kaum 3 mm breiter und 5 cm langer Streifen nach vorn, haarlos und von gleichem Charakter wie die anderen Stellen. Der Fall stimmt wohl überein mit dem von mir vor Jahren demonstrierten Bilde der multiplen **Pseudopelade Brocq** oder **Alopecia innominata.**

Im Anschlusse demonstriert Grünfeld einen 34jährigen Mann, der zwei über hellergrofse alopecische Herde am Scheitel zeigt, mit atrophischer, hellweifser, faltbarer Haut, die wohl einem abgelaufenen Prozefs entspricht, aber am vorderen Rand kleine, follikuläre und perifollikuläre gerötete Herde angedeutet hat, die mehr für eine **Folliculitis decalvans** sprechen, während ein Lupus erythematosus, eine Alopecia areata, die Pseudopelade oder die von Riehl beschriebene Form hier, soweit überhaupt eine bestimmte Diagnose zulässig ist, weniger in Betracht kommen. Dagegen neigt der von Ullmann soeben vorgestellte Fall und seine Schuppung mehr dem Lupus erythematosus zu.

Reitmann zeigt eine **Affektion am Vorderkopf,** die zehn Jahre besteht, eine fast handtellergrofse, narbig atrophische, zarte Haut, von geschlängelten Gefäfsen durchzogen, zeigt. Der Rand des Herdes läfst immerhin die Konfluenz aus mehreren kreisförmigen Flecken wahrscheinlich erscheinen. Eine Diagnose der primären Krankheit ist nicht mehr möglich.

Diskussion: Finger möchte sich im Falle Ullmanns der Meinung Grünfelds anschliefsen, dafs der scharf deprimierte Fleck mit seiner Rötung und seiner Schuppung für einen Lupus erythematosus spreche, ebenso wie der Patient Grünfelds eine Folliculitis decalvans zeige. Der Fall Reitmanns zähle vielleicht zu jenen, die als selbständige Hautatrophie am Kopfe beschrieben sind, ohne dafs bestimmte andere sichtbare Veränderungen vorausgegangen sind; so beschrieb Thibierge einen Fall, der erst einen Herd im Gesichte und dann am Kopfe zeigte, straffe, atrophische Haut ohne Veränderungen an der Peripherie. Ob es sich bei diesen Atrophien um atypische Fälle von Erythematosus oder Sklerodermie handelt, ist nicht klar.

Reines stellt vor:

1. einen 23jährigen Mann aus Bosnien mit einer **Mischinfektion von Syphilis und Tuberkulose.** Der Patient erkrankte vor drei Jahren mit Ulcerationen an der Oberlippe und den harten Gaumen. Seit zwei Jahren bestehen Geschwüre und ein Ausschlag an den Extremitäten. Im Landesspital zu Serajewo wurden von Glück eine Quecksilberkur, Jodkalium, später Pyrogallol und Paquelin lokal angewendet, ohne dafs der Krankheitsprozefs ausheilte. Im Juli 1908 zeigte der Patient bei der Aufnahme an den Armen, Schultern, den Beinen und in der Glutäalgegend zahlreiche braunrote, tuberöse, scharf umschriebene Infiltrate, die in der Mitte ulceriert, steil begrenzte, nekrotisch belegte Geschwüre aufwiesen, von einem breiten, braunen Pigmentsaum und um denselben von kleineren, zum Teil leicht ulcerierten Infiltraten umgeben waren. An der stark verdickten Oberlippe ein nekrotisch belegtes, dieselbe und das ganze Filtrum der Nase okkupierendes Geschwür mit scharfen, bogenförmigen Rändern ohne jedes miliare Knötchen in der Peripherie. Am harten Gaumen zahl-

reiche, konfluierte Ulcerationen, ebenso am Velum, das mit der hinteren Rachenwand verwachsen ist. Auch die Nasenschleimhaut ist diffus ulceriert, ohne bestimmt ausgesprochenen Charakter. Auf eine energische Kur mit Hydrargyrum succinimidatum und salicylicum sowie interne Arsojodinmedikation involvierten sich die meisten Infiltrate und Ulcerationen bis auf die knötchenförmigen Herde am Rande. Auf Ungt. Alttuberkulin trat eine starke Allgemein- und Lokalreaktion ein; ein exzidiertes Stückchen aus der Oberlippe zeigte weder ausgesprochen tuberkulöse Struktur noch Tuberkelbazillen.

Diskussion: Nobl würde der positiven Tuberkelreaktion nicht allzugrofsen Wert beilegen. Die Allgemeinreaktion erfolgt oft, und lokal reagieren alle luetischen Herde auf Tuberkulin bisweilen stark, wie dies auch Mucha berichtet.

Mucha weist diesbezüglich auf einen Fall hin, der anfangs als Lupus disseminatus vorgestellt wurde, prompt auf Tuberkulin reagierte, ja anscheinend auch therapeutisch dadurch günstig beeinflufst wurde, sich dann aber als sichere Lues in Form von Tubercula cutanea erwies.

2. eine allgemein ausgebreitete **Pityriasis rosea**, die mit starken urtikariellen Reizerscheinungen einsetzte.

Oppenheim demonstriert ein 18jähriges Mädchen, das an den Extremitäten, am Stamm und Hals, zum Teil auch im Gesicht zahlreiche flache, gelblichrote, leicht schuppende Flecken seit drei Wochen zeigt. Lues und Psoriasis sind auszuschliefsen, gegen eine Pityriasis rosea spricht das Fehlen der typischen Schuppensäume und das negative Resultat der Therapie. Es handelt sich also wohl um die makulöse Form der **Pityriasis lichenoides chronica.**

Diskussion: Sachs sah einen ähnlichen Fall, der im Mai dieses Bild von Pityriasis lichenoides bot, das dann unter Arsenbehandlung schwand und circumskripten, von hellem Hof umgebenen Pigmentationen Platz machte. Nach Aussage des Patienten kehrt die Affektion im Frühjahr immer wieder, um dann im Winter zu verschwinden.

Nobl möchte wissen, welche Therapie vorausgegangen, da die Flecken vielfach auch Runzelung zeigen.

Oppenheim negiert den Einflufs der angewendeten Schmierseifenbehandlung, da diese nur auf einer Seite angewendet wurde, die Veränderungen aber auf beiden Seiten gleich erscheinen.

Nobl stellt eine 50jährige Frau vor, die beide Handrücken und Vorderarme leicht ödematös geschwellt hat; in dieser Haut sind dabei zum Teil mehr diffuse, unregelmäfsige, daneben aber auch umschriebene, fleckenförmige, derbe, in die Cutis hineinreichende, erythematöse Schwellungen zu sehen, über denen die Haut vielfach verdünnt, glänzend und gefältelt ist. Die Veränderungen bestehen vier Monate und stellen diejenige Form **progressiver idiopathischer Hautatrophie** dar, welche von vornherein mit ausgesprochen entzündlichen Veränderungen einhergeht.

Grünfeld demonstriert eine 34jährige Frau mit einer um den Mund, die Nase und am behaarten Kopf lokalisierten **Lues** infolge Reizung durch bestehende Seborrhoe.

Landau zeigt einen Mann mit stecknadelkopf- bis über erbsengrofsen, mattbraungelb durchscheinenden, tiefreichenden, derben, warzenartig rauhen, schwieligen Verdickungen an der Hornhaut der Handteller. Auch beide Plantae sind besonders an den Fersen und lateralen Rändern von diffusen, derben Schwielen eingenommen. Patient hatte vor zwölf Jahren Lues, doch besteht diese Veränderung schon länger, seit 20 Jahren, und mufs als **multiple Schwielen- und Warzenbildung bei Hyperhidrosis** angesehen werden.

Neugebauer demonstriert einen Fall von gewerblicher **Schwefelsäureverätzung** an den Fingern in Form von erbsen- bis hellergrofsen schwarzgrünen Schorfen, die von einer weifsen Epidermis und von einem roten Entzündungshof umgeben sind.

Kyrle demonstriert einen **Lupus erythematosus recidivans** an den Wangen, Ohren und der Nase. Bei der ersten Eruption desselben bestand gleichzeitig am Stamm ein lichenoides Exanthem, das als Lichen scrophulosorum angesprochen werden mufste. Der Lupus erythematosus wurde mit Erfolg nach Holländer behandelt. Vor der Entlassung bildeten sich aber an den Extremitäten zahlreiche Knoten von **Erythema induratum Bazin** und an Stelle der atrophisch ausgeheilten Lupusplaques traten neue, umschriebene, entzündliche, derb erhabene und verruköse Herde von Lupus erythematosus, dessen akute Rezidive zugleich mit einer Eruption von Erythema induratum einhergingen.

Diskussion: Ehrmann findet in diesem Falle nur einen Beweis der tuberkulösen Ätiologie des Lupus erythematosus.

Finger möchte dies nicht von allan Formen annehmen, die Hebra als Lupus erythematosus beschrieben. Die tuberkulöse Natur gilt vorwiegend für die disseminierten Formen, welche mehr zu den Tuberkuliden zu zählen sind, während die chronischen, lokalen, circumskripten Formen eine andere Ätiologie haben dürften.

Winkler zeigt einen 56jährigen Mann aus Galizien, der an der Haut des Penis und Skrotums seit zehn Jahren an einem fast unerträglichen Jucken leidet; an der Raphe penis und der anderen Hälfte des Skrotums ist die Haut elephantiastisch derb verdickt und fast gleichmäfsig mit einem Rasen dicht aneinandergedrängter flacher, papillomatöser Effloreszenzen bedeckt, die als Endstadium eines pruriginösen chronischen Exzesses, eines **Lichen simplex chronicus,** anzusehen sind.

Kren demonstriert ein Mädchen mit **Akne teleangiektodes** im Gesicht, lebhaft roten, derben Knötchen an Nase, Stirn, Wangen und Kinn. Zerstreut finden sich ähnliche Knötchen an den Armen.

Volk stellt die vor zwei Sitzungen gezeigte Frau mit dem über Gesicht, Kopfhaut, Nacken und Rücken ausgebreiteten **Lupus erythematosus** wieder vor. Unter der Holländerschen Methode waren die alten Herde rasch zurückgegangen, als plötzlich im Gesicht, am Stamm und den Extremitäten, auch an den Fingern und Beugeflächen der Hände zahlreiche, lebhaft rote und blaurote, zerstreute und konfluierende Flecken, zum Teil mit Blasenbildung, unter hohem Fieber auftraten; eine andere Komplikation wie Pneumonie bestand nicht. Es war also eine allgemeine Eruption eines **Lupus erythematosus acutus disseminatus.** Nach Abblassen der akuten Erytheme etablierten sich daselbst typisch schuppende, atrophische Plaques von Lupus erythematosus.

Müller demonstriert:

1. einen 25jährigen Mann mit einem **Sklerosenresiduum in der rechten Palma manus.** Infektion an dieser Stelle nach einer kleinen Verletzung mit einem Nagel. Starke Drüsenschwellung in der rechten Cubita, Allgemeinerscheinungen.

2. einen 56jährigen Mann mit mächtiger **Elephantiasis** der rechten unteren **Extremität durch Lues.** Das rechte Bein vom unteren Drittel des Oberschenkels auf das Vierfache seines Volumens verdickt, die Haut derb, am Fufsrücken über dem Gelenk und den Zehen mit dicker Wulstbildung, aufgeworfenen hyperkeratotischen und hart verrukösen Bildungen bedeckt. In der also veränderten Haut zahlreiche serpiginös zu kleineren und gröfseren Bogen aneinandergereihte, braunrote, gummöse Knötcheninfiltrate und pigmentierte Narben, über den Zehen und Gelenkfurchen vielfach ulcerierte serpiginöse Kreise von Knötchen auch an den oberen Extremitäten. Das Röntgenbild zeigt, dafs die mächtige Verdickung von einer **Osteoperiostitis luetica der Tibia** ausgeht.

3. einen 26jährigen Mann, der **präventiv** mit zehn Sublimatinjektionen behandelt worden. Danach Auftreten von **ulcerösen Syphiliden** am Kopf, Stamm und Extremitäten, die erst auf 50 Einreibungen à 4 g und reichlich Arsojodin zurückgingen. Bald nach der Entlassung Auftreten einer Ulceration an der rechten groſsen Zehe in Form eines kraterförmigen Geschwüres, das die nekrotische Phalange bloſslegt

4. ein zwölfjähriges Mädchen mit **ulcerierten Gummen** an der Innenfläche des rechten Oberschenkels und über der rechten Tibia, an letzterer Stelle mit handtellerbreiter Bloſslegung des Knochens.

5. eine **Elephantiasis** in der linken unteren Extremität infolge von **Lupus vulgaris.** In der mächtig verdickten Haut und in den zahlreichen Narben viele erbsen- bis hellergroſse, flache, typische Lupusknötcben eingesprengt, am Rande mehrere, zum Teil ulcerierte Herde von Lupus tumidus. Ähnlich wie im ersten Falle zeigt der mächtig aufgetriebene Fuſsrücken und die Zehen stark verdickte, mit verrukösen Wucherungen bedeckte, durch tiefe Furchen eingeschnürte Wulstbildungen; daneben durch die Lymphstauung bedingte Lymphocyten, die vielfach geplatzt sind und zu kleinen Geschwürchen führten.

Scherber zeigt:

1. einen **Lichen ruber planus universalis**, mit starkem Jucken einhergehend. Auch die Hohlhände sind stark beteiligt.

2. einen 40jährigen Mann mit umschriebenen, länglich ringförmigen Herden von **Lichen ruber planus,** das Zentrum abgeblaſst, um dasselbe ein braunvioletter, flacher Ring, während am Rande frische Knötchen zu sehen sind. Deutlich ist auch die Beteiligung der Mundschleimhaut.

Mucha demonstriert ein **Angiokeratoma Mibelli** bei einem 15jährigen Mädchen. Angeblich leidet der Vater an Pernionen und eine Schwester an einer ähnlichen Affektion.

Finger zeigt einen 40jährigen Mann, der seit drei Wochen an einer mit Blasenbildung einhergehenden Hautaffektion leidet. Gesicht, Stamm und Extremitäten sind mit zahlreichen, einzelnstehenden und zu Gruppen und Kreisen angeordneten Blasen bedeckt. Dieselben, erbsen- bis haselnuſsgroſs, entstehen auf vorausgehenden Erythemen, vielfach aber auf ganz gesunder Haut, sind klar hellgelb, trüben sich aber bald, werden eitrig und trocknen zu den bräunlichen feuchten Schuppenkrusten ein, die bei der Konfluenz und dem herdweisen Auftreten der Blasen besonders im Gesicht, am Halse, um den Nabel und die Genitalgegend ziemlich diffus sind. Beim akuten Charakter der Blaseneruption ist die Diagnose eines **Pemphigus incipiens** wohl wahrscheinlich, doch nicht ganz sicher, und die Möglichkeit eines **Erythema bullosum** offen.

---

## Fachzeitschriften.

### Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. V, Heft 12.

**Therapeutische Erfahrungen mit „Linoval", einer neuen Salbengrundlage**, von P. Schütte-Magdeburg. Unter der Bezeichnung Linoval wird von der Firma Richard Schmidt in Altona ein Salbenpräparat in den Handel gebracht, welches nach der vorliegenden Schilderung geradezu eine ideale Bereicherung des Arzneischatzes genannt werden muſs, indem es bei absoluter Reizlosigkeit erhebliche bakterizide

Fähigkeiten und hohe Resorptionsfähigkeit besitzen soll. Das wesentliche Moment dabei besteht laut Angabe in der Verwendung einer beim Raffinieren von Leinöl gewonnenen flüchtigen Fettsäure, welche zu 5 Teilen mit 93 Teilen Vaselin und je 1 Teil Ammoniak und Lavendelöl vereinigt wird. Diese weifse, geschmeidige Fettmasse nimmt 15 % Wasser auf, schmilzt bei 31° und läfst sich mit den meisten der gewöhnlichen Zusätze mit Ausnahme von Metallsäuren und Alkalien verbinden. Sch. hat namentlich bei Ekzemen (meist als 5—10%ige Xeroform- resp. als 10%ige Borsalbe), ferner bei Furunkulose, Akne, Rhagaden, Intertrigo, Urticaria, Ulcus cruris, Psoriasis, Scabies usw. das Linoval verwendet und ist mit den erzielten Resultaten hoch zufrieden.

**Über die III. Tagung Deutscher Berufsvormünder und den Deutschen Fürsorge-Erziehungstag zu Strafsburg, 6. bis 10. Juli 1908,** von W. Hammer-Berlin. (Fortsetzung.) Enthält nichts das dermatologische Gebiet Berührendes.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

### Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VIII, Heft 9.

**Sexualpädagogische Enquete in Budapest,** von Fr. Kemény-Budapest. Vom 9. Dezember 1907 bis 17. Februar 1908 fand in Budapest eine öffentliche sexualpädagogische Fachberatung statt; sie knüpfte vielfach an die Ergebnisse des Mannheimer Kongresses der D. G. B. G. an und gipfelte in folgenden Thesen: Die Pflicht der Aufklärung obliegt der Familie und der Schule. Wenn die Aufklärung in der Schule sich auf naturwissenschaftliche und hygienische Grundlagen beschränkt und von übermäfsigen Einzelheiten fernhält, mag sie obligatorisch sein, da sie in dieser Form weder die Interessen des Individuums, noch jene der Familie beeinträchtigt. Da nun die im rechten Geiste gedeutete Sexualpädagogik präventiver Art ist, möge man die wichtigsten Kenntnisse aus der Naturgeschichte und der Gesundheitslehre bereits in der Volksschule vermitteln und diese Kenntnisse nach aufsteigendem Alter und Klassen zwar vorsichtig, doch stets erweitern. Die sexualpädagogischen Bestrebungen sind durch die Unterrichtsverwaltungen, Fachvereine, Schuldirektoren und durch die Presse zu fördern.

*Schourp-Danzig.*

---

### American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band XII, Nr. 12.

1. **Leukoplakia oris und ihre Behandlung,** von Max Joseph-Berlin. Mit einem Rückblick auf seine und seiner Schüler bisherige Veröffentlichungen über die Leukoplakie beleuchtet der Verfasser besonders das Verhältnis der Krankheit zur Psoriasis vulgaris und die Wichtigkeit, welche der Tabaksgenufs für das Zustandekommen der Affektion hat. Therapeutisch ist unter strengem Rauchverbot die Anwendung von Acid. lacticum, Hydrogenium peroxydatum und einfacher Kochsalzlösung anzuraten.

2. **Symptomatologie von Reflexerscheinungen der Harnleitererkrankung,** von George Lee Eaton-San Francisco. Krankheitsgeschichten von Fällen, bei denen Erbrechen oder Urindrang oder Schmerzen in der Lumbalgegend oder Impotentia coeundi auf Uterocystitis oder Uteropyelitis zurückzuführen waren.

3. **Die Behandlung des Diabetes mellitus,** von Isaak N. Denforth-Chicago.

4. **Die Behandlung der Ichthyosis simplex mittels neuer (Rogers) Strahlen,** von Corydon E. Rogers-Chicago.

5. **Kohlensäureschnee und sein Wert als Ätzmittel,** von Charles A. Kinch-New York. Empfehlung der Anwendung bei Naevus pigmentosus und Naevus piliferus und vasculos s, sowie bei oberflächlichem Epitheliom.

6. **Multiple subcutane Elektrolyse, eine narbenlose Zerstörungsmethode besonders für Haare,** von Ernst Kromayer-Berlin. Übersetzung der Originalarbeit aus *„Deutsche Medizinische Wochenschrift“*, 1908, S. 2256 ff.

7. **Die Physiognomie als Hilfsmittel für die Diagnose,** von H. Lyons Hunt-New York.

8. **Bemerkungen über neue Fälle von Prostatektomie,** von Follen Cabot-New York. Der Verfasser verfügt über Beobachtungen von 80 Fällen mit einer Mortalität von 7 % gegenüber 40 % vor 15 Jahren.

9. **Eine Haarnadel als Kern eines Blasensteines bei einer Frau,** von George W. Warren-New York. *Schourp-Danzig.*

---

## Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1908. Heft 12.

**Die Hautsymptome bei der Trypanosomenkrankheit des Menschen,** von H. Darré. Unter den Hautsymptomen der Schlafkrankheit erscheint als zeitlich erstes ein kleines furunkelartiges Gebilde an der Stelle, wo die Fliege in die Haut gestochen hat. Diese kleine entzündliche Schwellung geht sehr schnell vorüber und hat nur insofern Bedeutung, als sie den Zeitpunkt der Infektion angibt. Wichtiger ist schon der Pruritus und im Anschluſs daran ein papulo-verruköser Ausschlag, die häufig im Verlauf der Schlafkrankheit auftreten. Doch nimmt Verfasser hier nur ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen an und glaubt nicht an einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Trypanosoma und der Dermatose. Ein solcher ist dagegen sicher vorhanden zwischen der Grundkrankheit und dem Erythema polymorphum, das sie häufig begleitet.

Das Erythema polymorphum kann in jedem Abschnitt der Schlafkrankheit auftreten und erscheint meist mit Papeln und Quaddeln, die niemals Jucken verursachen. Der Form nach handelt es sich bald um ein flächenhaftes, bald um ein ringförmiges Erythem; in den meisten Fällen stehen beide Arten nebeneinander. In der Regel haben beide Arten ein langdauerndes, über Wochen und Monate sich erstreckendes Leben und weichen erst einer medikamentösen Behandlung; doch kommen auch Fälle vor, in denen sie erscheinen, bald verschwinden, an denselben oder anderen Punkten der Haut wieder erscheinen usw. Die Ausheilung der Erytheme erfolgt ohne Schuppung und Narbenbildung, meist bleiben nicht einmal Pigmentflecke zurück. Das Zustandekommen dieses Exanthems steht nach Ansicht des Verfassers unter der unmittelbaren Einwirkung des Trypanosoma auf die Haut, denn in den oberflächlichen Schichten der Cutis, entsprechend den Erythemherden, wird der Parasit in zahlreichen Exemplaren gefunden.

Dem klinischen Befund entspricht histologisch eine Kongestion und Ödem der Cutis, besonders aber eine lymphocytäre und mononukleäre perivaskuläre Infiltration, daneben leichte entzündliche Reizung des Bindegewebes und der Gefäſse.

Die Behandlung des Erythems ist die gleiche wie die der Grundkrankheit: Einspritzung von Atoxyl oder Emeticum. Doch muſs man wissen, daſs mit dem Verschwinden des Exanthems die Schlafkrankheit noch lange nicht geheilt ist.

**Über den histologischen Bau der Haut bei den Affen,** von W. J. Terebinsky. Dem Verfasser standen verschiedene Affenleichen, Schimpansen, Kynokephalus, Makaken, teils auch durch Biopsie gewonnene Präparate zur Verfügung. — Sehr wesent-

liche Unterschiede scheinen im Bau der Affen- und Menschenhaut nicht zu bestehen. Im ganzen sind die Abweichungen bei der Epidermis der Affen noch gröfser als bei ihrer Cutis. Die Epidermis entbehrt auf einem grofsen Teil des Rückens und der Extremitäten jener Verdickungen, die Papillen genannt werden, während sie an den Hautflächen und den Fufssohlen, dem Präputium, der Schleimhaut des Mundes regelmäfsig vorkommen. Die Dicke der Epidermis schwankt sehr entsprechend den einzelnen Hautteilen und den verschiedenen Tiergattungen, 0,01—0,76 mm. — Die Cutis weist in bezug auf ihre Dicke das nämliche Verhalten auf; hier werden Schwankungen von 0,4—2,5 mm angegeben. Stellenweise ist die Cutis gegen das subcutane Gewebe nicht deutlich abgegrenzt, stellenweise fehlt dieses auch ganz. Die Cutis der Schimpansen hat ihre besonderen Eigenheiten, wodurch sie sich von der Haut anderer Affenarten leicht unterscheiden läfst; die Getäfse der Papillen und des subpapillaren Gewebes sind hier sehr schön entwickelt. — Aufser den fixen Zellen des Bindegewebes trifft man in der Cutis noch Zellen von wechselnder Gröfse und Form, die schwarze Pigmentkörner enthalten, die sogenannten Melanoblasten. — Haarfollikel und Schweifsdrüsen gleichen in ihrem Bau den entsprechenden menschlichen Organen. — Wegen weiterer Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

**Zwei Fälle von Hautgangrän nach subcutaner Einspritzung von Quecksilber,** von G. Thibierge. Beide Fälle betrafen Ärzte. Das eine Mal führte eine subcutane Einspritzung von Hg benzoicum den Unfall herbei, das andere Mal eine intramuskuläre Einspritzung von Oleum cinereum, wobei durch eine feine Öffnung in der Nadel eine winzige Menge Öl ins subcutane Gewebe gelangte.

*Türkheim-Hamburg.*

---

## Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. VIII, Nr. 24.

**Bericht über einen im Namen der Société française de prophylaxie sanitaire et morale vorgelegten Entwurf zur Reglementierung der Prostitution,** von L. Butte-Paris. (Schlufs.) Dieser zweite Teil enthält eine Darlegung der Hauptgrundsätze des Entwurfs und auch eine mehr oder minder ausführliche Begründung der einzelnen Punkte. Zunächst wird gefordert, dafs die Durchführung der Reglementierung durch ein Gesetz angeordnet und nicht der Diskretion der Polizeibehörden überlassen werde. Ferner soll dafür gesorgt werden, dafs alles anstöfsige Anwerben von Kundschaft (Racolage) in der Öffentlichkeit verhütet werde. Das Bestehenlassen von Bordellen ist bei einer Rundfrage von 74 unter 87 Bürgermeistern gröfserer Städte als wünschenswert (14 nennen diese Häuser nützlich, 28 notwendig und 32 unentbehrlich) bezeichnet worden. Es soll aber ungesetzlich sein, Mädchen unter 18 Jahren darin aufzunehmen oder auch dieselben darin gegen ihren Willen, selbst wegen etwaiger Schulden, zurückzuhalten. Wöchentlich soll eine ärztliche Untersuchung vorgenommen werden; die Auswahl der dazu zu ernennenden Ärzte erfolgt durch Ausschreibung unter bestimmten Bedingungen. Eine Kontrolle der Absteigequartiere und der heimlich Prostituierten durch Beamte der Sittenpolizei ist auch durch eine Reihe von Paragraphen wirksam vorgesehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

# Bücherbesprechungen.

**Die plastische Massage bei den Erkrankungen der Gesichtshaut, ihre Indikationen und Resultate,** von Raoul Leroy. Mit 11 Photographien, 7 Kurventafeln und 1 Schema. (Alex. Coccoz, Rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.) Diese besondere Art der Massage, welche insbesondere für die Gesichtshaut bestimmt ist, wurde von Jacquet angegeben und von ihm im Hôpital Saint-Antoine in Paris eingeführt. Bei dieser Massage wird von allen älteren Methoden, wie Streichmassage „pètrissage", „effleurage" usw. abgesehen. Zuerst werden die gesamten Weichteile des Gesichts während einiger Minuten zwischen den Fingerspitzen nach allen Richtungen gedrückt, gequetscht und geknetet, dann die Haut allein. Man fängt nur mit leichtem Druck an und wendet zuletzt alle Kraft an. Jede einzelne Sitzung erzeugt eine Erhöhung der lokalen Temperatur und eine Verstärkung der Hautzirkulation, dazu eine Entleerung der Follikel. Es eignen sich für die Behandlung Ekzem, Neurodermitis chronica, die Seborrhoe, Melanodermien, Erschlaffung und allzu grofser Fettreichtum der Haut, Pruritus, Akne rosacea und alle anderen Formen der Akne.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Die intramuskulären Quecksilberinjektionen in der Behandlung der Syphilis,** von A. Levy-Bing. (Monographies cliniques Nr. 54. Masson et Cie., 120 Boulevard Saint-Germain, Paris.) Die Arbeit bringt neben einer Kritik der üblichen Injektionsmethoden eine genaue Darstellung des eigenen Verfahrens des Verfassers, das er besonders in Verbindung mit Lafay herangebildet hat. Die Behandlung beginnt gleich nach Auftreten des Schankers mit einer Serie von 20—30 Einspritzungen eines löslichen Salzes. Nach 14 Tagen Ruhe kommt eine zweite Serie von 20 bis 25 löslichen (Hydrarg. bijodat. oder benzoicum) oder 6 unlöslichen (wöchentlich eine und zwar Oleum cinereum). Solcher Serien von sechs Injektionen grauen Öls macht er vier im Verlauf des ersten Jahres, vier im zweiten Jahre, drei im dritten und drei im vierten Jahr. Dann setzt er ein Jahr aus und im sechsten und siebenten Jahre folgen noch je zwei Serien. Bei besonders schweren Fällen nimmt er statt Oleum cinereum Kalomel.

Seine Formel für Hydrarg. bijodatum lautet:

| | |
|---|---|
| *Hydrarg. bijodat.* | 0,200 |
| *Kalii jodat. pur* | 0,200 |
| *Natr. chlorat.* | 0,075 |
| *Aq. dest.* | 10,000 |

Täglich 1 ccm der Lösung = 0,02 Hydrarg. bijodat.

Für Hydrarg. benzoicum wendet er die Formel von Gaucher an:

| | |
|---|---|
| *Hydrarg. benzoic.* | 1,00 |
| *Natr. chlorat.* | 2,50 |
| *Aq. dest.* | 100,00 |

Es werden täglich 0,02 Hydrarg. benzoic. injiziert. Man kann steigen bis 0,03 und 0,04. Das Hydrarg. benzoic. mufs vom Apotheker frisch bereitet werden, indem man gelbes Quecksilberoxyd in saurer Lösung mit Natr. benzoic. zusammenbringt und das gebildete Hydrarg. benzoic. 14 Tage lang wäscht und trocknet.

Das graue Öl hat folgende Zusammensetzung:

| | |
|---|---|
| *Hydrarg. pur.* | 40,00 g |
| *Lanolini anhydr. pur. et sterilisat.* | 26,00 g |
| *Ol. Vasel. sterilisat.* | 60,00 ccm |

Die Geräte, in denen die Mischung hergestellt wird, müssen gut steriliert sein. 1 ccm der Mischung enthält 0,40 g Hg. Beim Erwachsenen werden 0,07 g Hg wöchentlich injiziert. Je nach dem Körpergewicht kann man von 0,03 bis 0,15 g Hg steigen.

Kalomel wird nach folgender Formel verabreicht:

| | | |
|---|---|---|
| *Calomel* | 0,40 g | |
| *Lanol. anhyd. pur. sterilisat. et camphorat.* 1/20 | 3 Teile | q. s. ut |
| *Ol. Vasel. sterilisat. et camphorat.* 1/20 | 7 „ | fiat 1 ccm. |

1 ccm enthält 0,40 g Kalomel = 0,34 metallisches Hg.

Die löslichen Salze werden in gewöhnlichen Pravazspritzen gegeben. Für das hochprozentuierte Kalomel und Ol. cinereum wendet der Verfasser die Barthélemysche Spritze an, welche in 14 Teilstriche eingeteilt ist, von denen jeder 0,01 metallisches Hg enthält, wenn man das nach obiger Formel hergestellte Öl anwendet. Dieselbe wird auch von Luer ganz in Glas hergestellt.

Die Injektionen werden alle in die Glutäalgegend gemacht und zwar auf der Peripherie eines Kreises von 3 cm Radius, dessen Mittelpunkt man findet, wenn man eine vom oberen Ende der Interglutäalfalte zur Spina iliaca ant. sup. gezogene Linie halbiert. *Gunsett-Straßburg.*

**Jahrbuch über Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der physikalischen Medizin.** Begründet und herausgegeben von Ernst Sommer-Zürich. I. Jahrgang. (Otto Neumich, Leipzig 1908.) Das Jahrbuch soll ein unabhängiges Organ zur Darstellung der vornehmlich in der praktischen Ausübung der Heilkunde benötigten Ergebnisse der einschlägigen Forschungen sein. Es bringt einen Aufsatz von Glax-Abbazia über Balneotherapie, von Keller-Rheinfelden über Kochsalzwasser und Solbäder, von Wertheim Salomonson-Amsterdam über die wissenschaftlichen Grundlagen der Elektrotherapie. Kromayer und Dick berichten von der Quarzlampe, Schmidt-Berlin von der Radiumbehandlung, Kienböck-Wien von der Radiotherapie. Von anderen Autoren seien noch Axmann-Erfurt, L. Freund-Wien, v. Leyden-Berlin, Strebel-München und Winternitz-Wien genannt; sie alle referieren über die von ihnen vertretenen Disziplinen in einer orientierenden Übersicht ohne langatmige theoretische Erörterungen.

In einem merkwürdigen Gegensatze zu diesen Artikeln steht — nach Ansicht des Referenten — das nachfolgende bibliographische Register. Die in ihm gebrachte „Kritische Sichtung empfehlenswerter Fachliteratur enthält u. a. z. B. einen Hinweis auf Bädeckers Reiseführer durch die Schweiz und auf Pudors Katechismus der Nacktkultur u. a. m., was wohl mit Fortschritten auf dem Gebiete der physikalischen Medizin wenig zu tun hat. *Schourp-Danzig.*

---

# Mitteilungen aus der Literatur.

## Chronische Infektionskrankheiten.

### c. *Syphilis.*

**Ein Fall von Reinfektion (Superinfektion?) bei Syphilis,** von R. Polland-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 49.) Ein Mann hatte vor drei Jahren Syphilis erworben; er wurde damals mit Injektionen von 3%iger und 6%iger Goldchloridlösung, mit Sublimatinjektionen und mit Inunktionen behandelt und blieb

völlig rezidivfrei und gesund, bis er jetzt nach einem Beischlaf eine Mischinfektion von Ulcus molle und durum aufwies. Die neue typische Sklerose wurde bakteriologisch durch den positiven Befund der Spirochaeta pallida erhärtet.

*Schourp-Danzig.*

**Ein Fall von Reinfectio syphilitica**, von Pawlow. (*Med. Obosrenje.* 1908. Bd. 70. Nr. 19.) Im Jahre 1897 beobachtete P. bei einem damals 18 jährigen Freiwilligen eine syphilitische Infektion. Es folgten mehrere Rezidive. Patient stand bis zum Jahre 1903 in Behandlung und erhielt sieben Spritzkuren teils in Moskau, teils in Pjatigorsk. Im Jahre 1907 stellte sich der Kranke wiederum bei P. mit einer neuen frischen Infektion in Gestalt von vier Papulae erosivae auf dem Präputium vor. Es konnte die Spirochaeta pallida nachgewiesen werden und es kam zu Lymphdrüsenschwellung, Roseola und später zu Rezidiven. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Entwicklung und Behandlung der Tuberkulose bei Syphilitikern**, von Émile Sergent-Paris. (*Presse méd.* 1908. Nr. 83.) Tuberkulose und Syphilis treten oft vereint bei demselben Individuum auf, sei es, dafs die Tuberkulisierung direkt auf syphilitischen Läsionen stattfindet, oder nur auf syphilitischem Boden, also wo es sich um eine indirekte Assoziation beider Krankheiten handelt. Im allgemeinen kann gesagt werden, dafs die Lues in besonderer Weise den Boden für die Entwicklung der Tuberkulose vorbereitet, gleichviel ob es sich um hereditäre oder erworbene Lues handelt. Eine weitere Art der Verbindung beider Krankheiten ist jene, wo die Syphilis sich bei einem bereits tuberkulösen Individuum entwickelt. Eine oft beobachtete Assoziation lokaler Tuberkulose mit Syphilis ist die Skrophulose, doch ist es in manchen Fällen zweifelhaft, ob die als skrophulös angesehenen Veränderungen auf die Tuberkulose oder die Syphilis zurückzuführen sind. In den meisten Fällen hat eine antiluetische Behandlung gute Erfolge durch direkte Heilung der Veränderungen oder durch Verbesserung des Bodens. Ähnliches kann auch bei auf syphilitischem Boden entwickelter Lungentuberkulose beobachtet werden. Die spezifische Behandlung übt auf die Tuberkulose, falls die Veränderungen nicht allzu sehr vorgeschritten sind und es sich nicht um stark heruntergekommene Patienten handelt, eine entschieden bessernde Wirkung aus. Es sind sogar Fälle beobachtet worden, in welchen die Behandlung der Syphilis die Heilung der Tuberkulose herbeigeführt hatte.

Es kann also gesagt werden, dafs in allen Fällen, in welchen eine Assoziation von Syphilis und Tuberkulose festzustellen ist, man die spezifische, merkurielle Behandlung durchführen soll, da dieselbe auf beide Krankheiten günstig einwirkt, auf die eine direkt heilend und auf die andere durch Verbesserung des Bodens.

*E. Toff-Braila.*

**Zur Bedeutung der Blutuntersuchung bei latenter Syphilis**, von H. E. Schmidt-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 46.) Mitteilung eines Falles. Höchst unsichere Infektion vor drei Jahren; zur Sicherheit wurden 2 1/2 Spritzkuren gemacht. Seit drei Jahren traten keine Erscheinungen auf. Sero-diagnostische Blutuntersuchung fiel stark positiv aus. Darauf wurde eine Hg-Behandlung (Spritzkur) eingeleitet. Nach der dritten Injektion trat ein typisches annuläres Syphilid auf.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Schwangerschaft kompliziert durch Syphilis und Blennorrhoe**, von Gaucher. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 42.) Kurze Mitteilung über eine Gravida im sechsten Monat mit sekundärer Syphilis und akuter Blennorrhoe. Die Kranke ist bis jetzt nicht antiluetisch behandelt worden. Es besteht infolge dessen wenig Aussicht, dafs die Gravidität ungestört verlaufen wird. Um das zu erreichen, mufs, namentlich bei frischer syphilitischer Infektion, während der ganzen Dauer der Schwangerschaft eine

antiluetische Kur — abwechselnd Quecksilberinjektionen und innerlicher Gebrauch von Quecksilber — durchgeführt werden. Die akute Blennorrhoe des Weibes behandelt G. stets mit zwei- bis viermal täglich wiederholten Ausspülungen mit 2‰iger warmer Cuprum sulfuricum-Lösung.

Weiterhin berichtet G. kurz über einen Mann mit akquirierter Syphilis, der zudem zwei charakteristische Zeichen hereditärer Lues, Faltenbildung an der Zunge (Lingua plicata, langue scrotale) und Glossitis exfoliativa marginata, aufwies. Diese hereditär-syphilitischen Veränderungen lassen sich durch keine Behandlung beseitigen.

*Götz-München.*

**Klinisches und morphologisches Material zur Ätiologie der Syphilis,** von Karl Klein-Hamburg. (*Mitteil. aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten.* Bd. 8. Nr. 15.) Der Verfasser konnte in sieben von elf Fällen sicher syphilitischer Kinder gleichmäſsig nach mindestens zweien der drei Untersuchungsmethoden: in dunkelfeldbeleuchteten lebenden Präparaten, in Giemsa gefärbten Ausstrichen und in nach Levaditi gefärbten Schnitten in den Organen Spirochaeta pallida nachweisen.

Bei sieben Föten gelang ein Nachweis der Spirochäten in nach Giemsa gefärbten Ausstrichen nicht; dagegen wurden in zwei von diesen Föten nach Levaditi in den Organen reichliche Spirochäten gefunden und in einem dieser beiden auch in einem Präparat vom Knochenmark des Oberschenkels sichere überlebende Spirochäten im Dunkelfeld.

Das Miſslingen der sehr diffizilen Giemsa-Färbung ist wahrscheinlich auf eine chemische Veränderung der fötalen Organe, wie sie sich ja durch den Vorgang der Maceration direkt ausspricht, zurückzuführen. *Schourp-Danzig.*

**Klinischer Wert der Spirochaeta pallida bei der Diagnose und Behandlung der Syphilis,** von Frederik G. Harris und B. C. Corbus-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51. Nr. 23.) Hervorhebung der Untersuchung mittels Dunkelfeldbeleuchtung, für welche die Verfasser besonders den Apparat Reicherts in Wien empfehlen. Bei Vorhandensein von Spirochäten im Primäraffekt ist die Exzision der Sklerose und unverzügliche Einleitung antiluetischer Behandlung geboten.

*Schourp-Danzig.*

**Experimentelle Syphilidologie,** von J. Hutchinson-London. (*Brit. med. Journ.* 17. Okt. 1908.) Verfasser gibt die Hauptpunkte des Neisserschen Vortrags (*Brit. med. Journ.*, 10. Okt.) wieder und macht einige kritische Bemerkungen dazu.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Allgemeine disseminierte Hautsyphilide bei niederen Affen nach Impfung in den Hoden,** von E. Hoffmann und H. Löhe-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 41.) Die Autoren fügen einem früher publizierten Fall Hoffmanns zwei weitere Fälle hinzu, wo es gelang, bei geimpften niederen Affen (Cercocebus fuliginosus) sekundäre Eruptionen auf verschiedenen Stellen der Haut zu beobachten und durch Spirochätennachweis und weitere Verimpfung auf andere niedere Affen als spezifische Erscheinungen zu erweisen.

Bemerkt sei, daſs die betreffenden Tiere durch Injektion von Saugserum in die Hodensubstanz geimpft wurden. Das Saugserum wurde von Primäraffekten oder nässenden Papeln mittels Klappscher Saugglocke aspiriert und in der Menge von $^1/_8$—$^1/_2$ ccm aufgesammelt und injiziert. In dem einen Falle wurde nach $2\,^1/_2$ monatlicher Inkubation ein leichtes Anschwellen des betreffenden Hodens und eine punktförmige Effloreszenz an der Einstichstelle bemerkt. Bald danach traten Papeln auf an Kinn, Hals, Oberlippe und eine Plaque auf einer Tonsille. Es folgten allenthalben Nachschübe von Papeln. Daneben traten immer deutlicher ringförmige Effloreszenzen von Erbsen- bis Pfenniggröſse am linken Oberarm, Kinn, Mundwinkeln; stellenweise

sind auch jüngere Papeln in satellitenförmiger Anordnung um gröfsere ältere gelagert. Von acht auf die gleiche Weise geimpften Affen traten diese Erscheinungen nur bei zwei auf. Es bleibt durch weitere Versuche festzustellen, ob dieses relativ häufige Auftreten von zweifellosen Sekundärerscheinungen in der Impfmethode begründet ist, da die meisten Autoren bei niederen Affen bisher nie derartige Sekundärerscheinungen beobachten konnten. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Syphilis beim Kaninchen, erzeugt mit der Reinkultur des Kontagiums,** von von Niessen-Wiesbaden. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 46 und 47.) Als Stichprobe aus der Arbeit möge herausgenommen werden, dafs v. N. die Spirochaete Schaudinn als „eine Teilerscheinung und Entwicklungsphase des an lebhaftem Formenspiel so reichen Generationswechsels seines Syphilisbacillus“ ansieht, da es ihm, d. h. dem Verfasser mehrfach gelungen ist, aus dem Kokkobazillenstadium seines d. h. von Niessens Syphilisbacillus mit Spirochätenformen völlig identische Entwicklungsstufen zu züchten und in einigen Generationen der Kultur festzuhalten.

Mit der Reinkultur seines Syphilisbazillus will der Verfasser Syphilis auf Kaninchen übertragen und nach Art und Verlauf der menschlichen konforme Syphilis erzeugt haben; er nimmt für sich das Prioritätsrecht hierfür in Anspruch. *Schourp-Danzig.*

**Serodiagnostische Untersuchungen bei Syphilis,** von Siegfried Grosz und Richard Volk-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 18.) Die Untersuchungen der Verfasser bezüglich der klinischen Brauchbarkeit der Komplementbindungsreaktion ergaben in Übereinstimmung mit anderen Autoren die Schlufsfolgerung, dafs nur der positive Ausfall der Reaktion eindeutig verwertbar ist, während ein negatives Ergebnis Lues nicht ausschliefst.

Um die ablenkende Wirkung der einzelnen Eiweifsfraktionen im Serum zu prüfen, nahmen die Verfasser aus einer gröfseren Menge eines Luetikerserums durch Eintragung von Ammoniumsulfat eine Trennung von Albumin, Pseudo- und Euglobulin vor und befreiten diese Eiweifsfraktionen durch Dialyse von den Salzen. Es ergab sich, dafs der Albuminfraktion eine komplementbindende Eigenschaft nicht zukommt, dafs diese vielmehr ausschliefslich an den Globulinen zu haften scheint. Von den Globulinfraktionen zeigt nur das Euglobin des menschlichen Blutserums ein konstantes Verhalten, insofern als es mit und ohne Extrakt, aktiv und inaktiviert, Komplementbindung bewirkt. Die durch Erhitzen auf 56° inaktivierte Pseudoglobulinfraktion gibt als solche keine Ablenkung, hemmt aber die Hämolyse mitunter bei Gegenwart des Extraktes; im aktiven Zustande bleibt überall da, wo völlige Hemmung zu beobachten ist, auch in der Kontrolle die Hämolyse aus. *Schourp-Danzig.*

**Weitere serodiagnostische Untersuchungen bei Syphilis,** von Siegfried Grosz und Richard Volk-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 44.) Die Verfasser stellten in einer Reihe von Fällen Sera nach der von J. Bauer angegebenen Methodik auf. Bauer zeigte, dafs das Blutserum eines Gesunden ablenkende Eigenschaften annimmt, wenn man es seines auf Hammelblut wirkenden Ambozeptors beraubt. Die vergleichende Untersuchung von 74 Fällen nach der Bauerschen und Wassermannschen Methode ergab eine gewisse Überlegenheit der Bauerschen, da 48 sicher luetische Fälle sämtlich Komplementablenkung zeigten, während nur 43 von diesen 48 Fällen nach Wassermann positv reagierten. Im gleichen Sinne fand Hinrichs die Bauersche Methode überlegen in Fällen, wo die „luetischen Stoffe“ im Blute nur in relativ geringer Menge vorhanden sind und zwar bei sekundärer Lues am Ende der Behandlung, bei latenter Lues und bei Fällen von Spätlues ohne Erscheinungen. *Schourp-Danzig.*

**Beiträge zur Theorie und Praxis der Wassermannschen Syphilisreaktion,** von Hans Sachs und Pietro Rondoni. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 44.) Die Autoren beobachteten, daſs derselbe Extrakt (alkoholischer Extrakt aus syphilitischen Lebern) bei derselben Verdünnung oft nicht unerheblich in dem Grade der opaleszenten Trübung differiert. Als Ursache hierfür erkannten sie geringfügigste Abweichungen technischer Art, die lediglich darin bestanden, daſs die Verdünnung des alkoholischen Extraktes mit physiologischer Kochsalzlösung langsamer oder etwas rascher erfolgte. Versuche ergaben, daſs ein und dasselbe Serum einmal negativ, das andere Mal positiv reagieren kann, je nachdem der Organextrakt rasch oder fraktioniert verdünnt worden ist. Im Falle einer raschen Verdünnung ist eine antikomplementäre Wirkung in den verwendeten Dosen nicht wahrzunehmen, während bei fraktioniertem Verdünnen eine deutliche Hemmung der Hämolyse zum Ausdruck kommt. Für die Praxis folgt daraus, daſs bei raschem Verdünnen der alkoholischen Organextrakte eine Anzahl von positiv reagierenden Seris dem Nachweise entgehen kann. Eine weitere Konsequenz ist, daſs für sämtliche Versuche und Kontrollen, welche an einem Tage gemacht werden, eine einheitlich hergestellte Verdünnung des Organextraktes benutzt werden muſs. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Die Serodiagnostik zur Erkennung der Syphilis,** von Hmielnitzki. (*Praktitscheski Wratsch.* 1908. Nr. 43—45.) In einer längeren Arbeit bespricht Verfasser zunächst die allmähliche Entwicklung der Wassermannschen Methode und berichtet dann über seine eigenen Versuche, welche er unter Leitung von Dr. Töpfer am Virchow-Krankenhaus zu Berlin angestellt hat und welche ihn zur Überzeugung brachten, daſs diese Reaktion für Syphilis spezifisch ist. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Vergleichende Untersuchungen über die Gegenwart komplementbindender Stoffe im Serum und im Urin Syphilitischer,** von Udo J. Wile-Berlin. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 14.) Untersuchungsbericht über 100 Fälle. In 50 von 76 Fällen zeigten Serum und Urin positiven Ausfall der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion; in 15 fiel die Reaktion beiderseits negativ aus, in 8 positiv im Serum und negativ im Urin und in 3 negativ im Serum und positiv im Urin. Die restierenden 24 Fälle waren normale Kontrollfälle. — Die Reaktion trat im Urin etwas später ein als im Blutserum. *Schourp-Danzig.*

**Die lipoiden Substanzen bei Syphilis,** von G. Russovici-Berlin. (*Revista stiintzelor medicale.* Mai-Juni 1908.) Der Verfasser hat im Berliner Institut für Infektionskrankheiten Versuche angestellt, um festzustellen, wie sich verschiedene lipoide Stoffe gegenüber der Serumreaktion der Syphilis verhalten. Er hat hierzu Lecithin und alkoholische Extrakte aus syphilitischer Leber und normaler Schweineleber angewendet, und die Versuche ergaben, daſs namentlich letzterer auffallend rasche und präzise Resultate ergibt. 0,005 von diesem Extrakte genügen, um die Hämolyse mit syphilitischem Serum zu verhindern, doch wurden für die Versuche etwas gröſsere Mengen, meist 0,03, in Verwendung gezogen. *E. Toff-Braila.*

**Über einige Fälle von spätem Auftreten des syphilitischen Fiebers mit ungewöhnlichen Eingeweidestörungen,** von Verrotti. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1908. Nr. 16.) Dieses Fieber kann oft sehr spät, zuweilen erst im 22. Jahre der luetischen Infektion auftreten. Es kann von ganz unerheblichen organischen Läsionen begleitet sein (so daſs es mit Typhus usw. verwechselt werden kann), oder aber es kann ihm eine eigentliche Eingeweideläsion zugrunde liegen (rezidivierende Entero-Colitis, Bronchoalveolitis). In einem Falle, der das sog. napolitanische Sumpffieber vortäuschte, dauerte es vier Monate lang. Die rezidivierende Entero-Colitis kann lange Zeit hindurch die einzige Eingeweideläsion bilden und sich schlieſslich mit gummösen Ulcerationen vergesellschaften. Die Spätform der Bronchopneumonie sieht oft der

Influenza- oder tuberkulösen Pneumonie ähnlich in bezug auf die parenchymatöse Infiltration. Als spezifisches Erkennungszeichen besteht oft nur eine oberflächliche Osteoperiostitis des Brustbeins oder der Rippen. Wegen seines Mangels an charakteristischen Merkmalen kann das syphilitische Fieber, wenn es erst spät auftritt, unbemerkt bleiben. Es weicht sehr rasch der Jod-Quecksilberbehandlung.

*C. Müller-Nyon.*

**Ein Fall von rezidivierender bullöser Form bei einem syphilitischen Individuum, nach diesem Heilung mittels spezifischer Behandlung,** von Define. (*Rif. med.* 1908. Nr. 37.) Bei diesem Patienten, welcher während einer ganzen Reihe von Jahren periodisch einer antiluetischen Behandlung gründlich unterzogen worden, zeigte sich etwa zehn Jahre nach dem Auftreten einer spezifischen Roseola zum ersten Male eine pemphigusartige Eruption an den Fufssohlen. Die Blasen enthielten eine übelriechende eitrige Flüssigkeit und verschwanden nach Anwendung von Sublimatinjektionen. In der Folge aber zeigte sich dieselbe Eruption noch eine ganze Reihe von Malen, wobei auch die Fufsrücken, Handteller und Achselhöhlen an die Reihe kamen; jeweilen wurde die Heilung rasch durch die antiluetische Therapie erzielt. Die Frage war nun, ob die Affektion als spezifisch zu betrachten war, nach einer so energischen Quecksilber-Jodbehandlung. Der Verfasser beantwortet die Frage im affirmativen Sinne auf Grund des regelmäfsigen günstigen Erfolges der Behandlung, und obwohl in der Sekretionsflüssigkeit der Blasen keine Spirochäten, sondern blofs Bazillen und Kokken nachgewiessn werden konnten. An den Blasen wurde überdies eine Tendenz zur Wucherung des Blasengrundes (Pemphigus vegetans) konstatiert.

*C. Müller-Nyon.*

**Über einen Fall von luetischem Magentumor,** von Paglieri. (*Gazz. d. Ospedali e d. Clin.* 10. März 1908.) Der Verfasser betont die Schwierigkeit, die sich oft bei Unterscheidung eines luetischen von einem carcinomatösen Magentumor bieten. Die Magensyphilis kann nämlich Tumoren hervorbringen, die klinisch in vollkommener Weise den Verlauf eines Carcinoms vortäuschen. Michailow will ein sicheres differentialdiagnostisches Hilfsmittel in folgendem Verfahren gefunden haben: Nach einem evakuierenden Mittel wird ein Klysma verabreicht, das auf 100,0 Wasser 4,0 Jodkalium und 2,0 kohlensaures Natrium enthält. Bei Carcinom erfolgt eine deutliche und nicht unbeträchtliche thermische Reaktion, während dieselbe bei Syphilis ausbleibt, ja es erfolgt hier eher noch ein Temperaturabfall. *C. Müller-Nyon.*

**Rachen- und Larynxsyphilis,** von T. Heryng-Warschau. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 44 u. 45.) Hinweis auf die relative Häufigkeit der syphilitischen Rachen- und Kehlkopfleiden und auf die diagnostische und therapeutische Wichtigkeit dieser Erkrankungen. Der Verfasser bevorzugt die interne Hg-Behandlung und empfiehlt wegen der ausgezeichneten Wirkung

*Sublimat* 0,06
*Aqu. destill.* ad 200,0

S. 2 Efslöffel täglich in einem Glase Milch, neben grofsen Joddosen — bis 8,0 pro die.

Zur lokalen Behandlung von Plaques gebraucht H. folgende Ätzung:

| | |
|---|---|
| *Hydrargyri sublim. corros.* | 0,25 |
| *Alcohol* | 10.0 |
| *Glycerin* | 10,0 |
| *Tinct. opii croc.* | 5,0 |

Nach vorhergehender Kokainisierung alle drei bis vier Tage.

Tiefe, durch Zerfall von Gummi bedingte Geschwüre mit speckigem Grunde reinigt H. durch Ätzungen mit Chromsäure, die an Silberstäbe angeschmolzen wird, äufserst schnell und bringt sie zur Vernarbung. *Schourp-Danzig.*

**Ein Beitrag zur Lungensyphilis**, von WILHELM BRANDENBURG-Brilon. (*Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose.* Bd. 10, Nr. 2.) Literaturübersicht. Krankheitsgeschichte und Obduktionsbefund einer 49jährigen Frau. Im Oberlappen der linken Lunge fanden sich zahllose, bis an Erbsengröfse reichende, graugelbe, über die Schnittfläche promenierende Knoten, die nicht trocken, käsig, sondern leicht feucht, gummiartig aussahen. Vom Hilus der Lunge zogen breite, starke, narbige, fast sehnige Bindegewebszüge zur Pleura und verursachten durch ihre Retraktion den Pulmo lobatus.

Die mikroskopische Untersuchung der Knoten auf Tuberkelbazillen und Syphilisspirochäten fiel negativ aus. In dem Granulationsgewebe der Knoten waren Riesenzellen nur vereinzelt und unregelmäfsig zerstreut anzutreffen. Zahlreiche Blutgefäfskapillaren durchzogen das Granulationsgewebe, das Neigung zur Schwielenbildung zeigte. *Schourp-Danzig.*

**Über die unter Fieber einhergehende Lebersyphilis**, von NASAROW. (*Russki Wratsch.* 1908. Nr. 34.) In den beiden vom Verfasser beschriebenen Fällen handelte es sich in dem einen um einen 42jährigen Kaufmann, der vor fünf Jahren Lues gehabt zu haben zugab, und in dem anderen um einen 25jährigen Arbeiter, der Syphilis verneinte. Bei dem einen wie dem anderen trat unter intermittierendem Fieber eine höckerige Leberschwellung auf, welche ebenso wie das Fieber erst unter einer spezifischen Kur schwand. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Poliencephalitis syphilitica. — Ophthalmoplegia totalis bilateralis mit Bulbärsymptomen. — Günstiger Erfolg der spezifischen Behandlung,** von DIEULAFOY - Paris. (*Presse méd.* 1908. Nr. 91.) Ausführliche Besprechung eines lehrreichen Falles bei einem sechs Jahre zuvor luetisch infizierten 29jährigen Manne, welcher auch ausgesprochene Folgeerscheinungen der gewöhnlicheren Art inkl. Ulceration des weichen Gaumens dargeboten hatte. Die von D. eingehend begründete Diagnose lautet auf syphilitische Erkrankung der grauen Kerne im Pedunculus und der Medulla oblongata. Es bestand eine intensive Polydipsie und Polyurie (bis zu 12 und 15 Liter im Tage), doppelseitige Blepharoptose une Ophthalmoplegia externa und interna), Parese im Glosso-Labio-Palato-Pharyngealgebiet und rechtsseitige Hemiatrophie der Zunge, Atrophie des oberen Gebietes des M. cucullaris und Läsionen im Gebiete des DEITERSschen Kernes. Patient hatte vorher schon eine ziemlich ausgiebige antisyphilitische Behandlung durchgemacht, doch war dadurch nur ein relativer Erfolg erzielt worden. Er erhielt nunmehr im Laufe von etwa zwei Monaten 47 Injektionen zu $1^1/_2$ bis 2 cg Quecksilberbijodid. Das Resultat war überraschend günstig, und beim Fortsetzen der Behandlung in geringerer Insensität verschwanden alle Symptome bis auf einen mäfsigen Strabismus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Tabes und Paralyse im Lichte der neueren Syphilisforschung,** von FRITZ LESSER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 39.) Es werden die neueren Resultate der Serodiagnostik bei Syphilis beschrieben, dafs das Serum der Paralytiker in 100%, das der Tabiker in ca. 50%, das der Patienten mit manifesten Tertiärerscheinungen in 82,6% der Fälle positiv reagiert. Verfasser hat an anderenorts publizierten Untersuchungen gezeigt, dafs die positive Reaktion durch eine antisyphilitische Behandlung in eine negative umgewandelt werden kann, und fühlt sich zu der Schlufsfolgerung gedrängt, dafs eine positive Serumreaktion stets auf eine zurzeit bestehende Syphilis schliefsen läfst. Da nicht anzunehmen ist, dafs eine negative Reaktion im symptomlosen Stadium plötzlich in eine positive Reaktion umschlägt, so werden Patienten mit positiver Reaktion im späteren symptomlosen Stadium die zur Paralyse disponierten sein, während umgekehrt Patienten mit negativer Serumreaktion nicht Gefahr laufen, Paralyse zu bekommen.

Ob ein Umschlag einer negativen Reaktion in eine positive im Spätstadium der Lues vorkommt, bedarf noch der Feststellung. „Unter diesen Gesichtspunkten betrachtet gibt uns die WASSERMANNsche Reaktion die Möglichkeit in die Hand, zur Prophylaxe der Tabes und Paralyse durch Kontrolle des Blutes beizutragen. Besonders müssen die Spätsyphilitiker der WASSERMANNschen Reaktion unterworfen werden, und bei positivem Ausfall ist eine antisyphilitische Kur einzuleiten, denn es gelingt, wie ich an einer grofsen Anzahl von Fällen konstatieren konnte, fast in jedem Falle, eine positive Reaktion durch eine energische, oft länger als bisher üblich, fortgesetzte Kur in eine negative umzuwandeln und für Wochen und Monate negativ zu erhalten. — Auf diese Weise wird es sich sicherlich ermöglichen lassen, die Häufigkeit des Ausbruches einer Tabes und Paralyse bedeutend herabzusetzen."

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Zur Ätiologie der Tabes dorsalis. Eine statistische Studie,** von TAI-ICHIRO ISHIHARA. (Inaug.-Dissert. München 1908.) Verfasser hat in Osaka (neurologisches Institut) 141 Tabeskranke behandelt, darunter 128 Männer und 13 Frauen, welche alle ausgesprochene Symptome der Tabes hatten; 91,5 % haben Syphilis in der Anamnese; bei 109 Fällen liefs sich die Zeit zwischen syphilitischer Infektion und Tabesbeginn deutlich ermitteln:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Fall | nach | 1—5 | Jahren |
| 7 | Fälle | „ | 6—10 | „ |
| 17 | „ | „ | 11—15 | „ |
| 28 | „ | „ | 16—20 | „ |
| 38 | „ | „ | 21—25 | „ |
| 18 | „ | „ | 26—30 | „ |

Bei Dementia paralytica, welche bekanntlich in naher Beziehung zu Tabes steht, hat Verfasser bei Krankenexamen in 59 % aller Fälle überstandene Syphilis gefunden und in [illegible] % tertiäre syphilitische Symptome bestätigt. Sowohl von Tabes als auch von Dementia werden Männer häufiger als Frauen befallen, 1 : 9,9 resp. 1 : 5. Die Zeit, welche zwischen syphilitischer Ansteckung und Beginn der Tabes liegt, ist nach den vorliegenden Erfahrungen etwas länger, als gewöhnlich angegeben wird, indem die kürzeste $4^1/_4$ und die längste über 29 Jahre betrug. *Fritz Loeb-München.*

**Quecksilberbehandlung für die Späterscheinungen der Syphilis,** von HERMANN G. KLOTZ - New York. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 23.) Wenn bei luetischen Späterscheinungen Jod- oder Quecksilberbehandlung allein, oder die kombinierte Jod - Quecksilberbehandlung keinen genügenden Erfolg haben, sind grofse Quecksilberdosen wirksam. Verfasser wählt seit Jahrzehnten dazu die Form der intramuskulären Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze, besonders der Kalomellösung.

*Schourp-Danzig.*

**Die Resorption des Hydrargyrum metallicum und dessen interne Anwendung bei Syphilis,** von ANUSCHAT - Berlin. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1908. Nr. 78.) Zwecks Vermeidung der Darmreizung bei Aufnahmen von Hydrargyrum metallicum in Pillenform mischte A. 10 g glykocholsaures Natrium mit 3 g Fett zu einer Pasta glykocholica und verordnet

*Pasta glykocholica* 15,0
*Hg metall.* 3,0
*Exting. Hg exactissime fiant pilul. Nr. 100, obducantur Keratin.*
S. 3 mal täglich 1 Pille.

Diese Pillen enthalten pro Pille 0,05 Hg und werden angeblich ohne Magenbeschwerden und Darmreizungen vertragen. Die ganze Kur besteht in Einnahme von drei Pillen täglich ohne irgendwelche diätetische Mafsnahmen.

Der optimistische Verfasser glaubt, „dafs 60 Pillen ausreichen, um die Syphilis zuheilen und eine zweite Pillenkur nach drei Monaten auch die Latenz beseitigt“. (!? Der Referent.) *Schourp-Danzig.*

**Über die Resorption der unlöslichen Quecksilberpräparate bei intramuskulärer Injektion,** von SELIM BIRGER-Stockholm. (*Nordiskt med. Arkiv.* 1908. Bd. II, Heft 2.) Diese kleine Arbeit berichtet über an acht Kaninchen ausgeführte Versuche zum Studium der Resorption des Hg und der begleitenden lokalen Prozesse. Bei mikroskopischer Untersuchung wird das injizierte Quecksilber (Hg salicylicum, Hg thymolo-aceticum, Ol. mercurioli) wiedergefunden als:

1. Quecksilber, ersichtlich zu noch nicht resorbierter Injektionsmasse gehörend,
2. eingebettet als feine Körner in Leukocyten,
3. eingebettet in Bindegewebszellen,
4. diffus im Gewebe liegend.

Dem Autor erscheint es wahrscheinlich, dafs die Zellen imstande sind, Körner oder Kügelchen der unlöslichen Hg-Präparate oder bei Merkuriolöl von metallischem Hg aufzunehmen. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über die Verwendung hochprozentiger Quecksilbermischungen (graues Öl, Kalomelöl) zur Syphilisbehandlung,** von K. ZIELER-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 46.) In dieser aus der NEISSERschen Klinik stammenden Arbeit werden für die Injektion von Quecksilberpräparaten einige Modifikationen empfohlen, welche sich bei einer gröfseren Reihe von Kranken gut bewährt haben. Statt des Paraffins als Excipiens bei dem grauen Öl wird Oleum dericini verwendet. Es ist dies ein aus dem offizinellen Rizinusöl durch starkes Erhitzen gewonnenes, keimfreies und durch Erhitzen auf 100° immer wieder sterilisierbares Präparat. Das Rezept für graues Öl lautet:

| | | |
|---|---|---|
| ℞ | *Hydrargyr. puriss. bidestill. (Merck)* | 40,0 (4,0) |
| | *Lanolin puriss. sterilisat.* | 15,0 (2,6) |
| | *Ol. Dericini sterilisat.* | 45,0 (6,5). |

Mit Recht betont Z. die Notwendigkeit einer exakt funktionierenden Spritze. An Stelle der BARTHÉLEMYschen Spritze mit der Einteilung nach 1/50 ccm verwendet Z. eine speziell ad hoc konstruierte Spritze mit einer Einteilung nach 1/40 ccm, wie von der französischen medizinischen Kommission vorgeschlagen wurde. Dazu benutzt man eine Zusammensetzung des grauen Öls wie sie durch die obigen eingeklammerten Zahlen angegeben ist; es entspricht dann jeder Teilstrich der Spritze 0,01 g Hg. Für Kalomelinjektionen lautet dementsprechend das Rezept:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ℞ | *Calomel. via humida et frigide parat.* | | 5,0 (4,0) | ad s. 10 ccm |
| | *Lanolin anhydr. camphorat.* (5%) 25% | 9,0 | | |
| | *Ol. Dericini camphorat.* (50%) 75% | | | |

Mit wenigen Ausnahmen verlief die Behandlung mit diesen Präparaten in jeder Beziehung befriedigend. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Beitrag zur Mergalbehandlung der Syphilis,** von ARNOLD LEDERER-Cazin-Bosnien. (*Klin. Therap. Wochenschr.* 1908. Nr. 47.) Nach seinen — allerdings nicht sehr reichen — Erfahrungen mit der Mergalbehandlung glaubt L. doch das Mittel empfehlen zu können. Die wenig intelligenten Patienten, welche in Bosnien die Syphilis meist extragenital, im Munde, erwerben, und am oder im Munde die luetischen Erscheinungen wahrnehmen, begreifen es leicht, das bequeme Mergal durch den Mund einzunehmen, während ihnen Einreibungen in die Haut unverständlich vorkommen und daher ungern und mangelhaft ausgeführt werden. *Schourp-Danzig.*

**Über die Wirkung von atoxylsaurem Quecksilber bei Spirochätenkrankheiten, insbesondere bei der experimentellen Syphilis,** von Uhlenhuth und Manteufel. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 43.) Auf Veranlassung von Uhlenhuth ist (von den Vereinigten Chemischen Werken Charlottenburg) ein Präparat dargestellt worden, welches Atoxyl und Quecksiber enthält, nämlich das atoxylsaure Quecksilber. In einer vorläufigen Mitteilung berichten Verfasser über die Ergebnisse der mit diesem Präparate vorgenommenen Versuche. 1. Das atoxylsaure Quecksilber tötet im Organismus die Hühnerspirochäten in Dosen, die meist unter der toxischen liegen, bei einer einmaligen Einspritzung mit Sicherheit ab. Eine einmalige intramuskuläre Einspritzung gewährt auch einen sicheren Schutz gegenüber der nachträglichen Infektion mit Hühnerspirochäten, auch wenn sie erst nach ein bis zwei Tagen erfolgt. 2. Bei der Behandlung der Kaninchensyphilis hat sich das atoxylsaure Quecksilber allen anderen zur Kontrolle herangezogenen Atoxyl- und Quecksilberpräparaten ebenfalls überlegen gezeigt. Eine einzige Einspritzung genügte in allen Fällen, um eine schwere Hornhautsyphilis in fünf bis sechs Tagen zum Schwinden zu bringen. Rezidive sind bisher nicht beobachtet. 3. Versuche bei der experimentellen Rekurrensinfektion der Ratten haben gezeigt, daſs das Präparat auch auf diese Spirochäten von Einfluſs ist. 4. Auch bei Trypanosomeninfektionen zeigt das Präparat eine günstige Wirkung. 5. Im Reagenzglase unterscheidet sich das Präparat von Atoxyl wesentlich dadurch, daſs es, obwohl es in Wasser kaum löslich ist, Trypanosomen und Spirochäten energisch abtötet.

Versuche mit der Lokal- und Allgemeinbehandlung der menschlichen Syphilis sind bereits eingeleitet worden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Weitere Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis mittels der Arylarsonate,** von F. J. Lambkin-London. (*Lancet.* 5. Dez. 1908.) Diese Mitteilung erstreckt sich auf 34 Fälle, von denen 26 mit Soamin (Paraaminophenyl - Arsonat) und acht mit Arsacetin (Natriumacetylphenyl-Arsonat) behandelt wurden. Mit beiden Präparaten wurden ausgezeichnete Resultate in kurzer Zeit erzielt. Ferner wurden zehn Fälle erwähnt, welche als Primärsyphilid diagnostiziert wurden und daraufhin Injektionen von Saomin bis zum Verbrauch 3,5—6 g erhielten; seit dieser Behandlung sind zehn Monate vergangen, ohne daſs bei wöchentlich wiederholter Untersuchung weitere Erscheinungen von Syphilis zu konstatieren gewesen wären. Bei sieben von diesen zehn Fällen war die Spirochaeta pallida nachgewiesen worden. Immerhin gibt L. nach Beendigung der Arsonatbehandlung eine Serie von Quecksilberinjektionen.
*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Jodglidin in der Luestherapie,** von Theodor Mayer-Berlin. (*Therap. Monatshefte.* 1908. Heft 10.) Jodglidin ist eine Jodeiweiſsverbindung, erhalten durch Jodieren des nukleinfreien Pflanzeneiweiſses Glidin nach besonderem Verfahren. Nach Boruttau sind die Dauer der Jodausscheidung ebenso wie ihr Prozentgehalt die gleiche wie nach Einführung von Jodkalium. Der Verlauf gestaltete sich different insofern, als das Maximum nicht gleich nach der Einführung, sondern erst in den zweiten zwölf Stunden statthatte.

Die Versuche an Kranken ergaben, daſs das Präparat mit Milch nach dem Essen gut zu nehmen ist. Fünf Tabletten täglich sind ausreichend. Die klinischen Wirkungen waren befriedigend. *Arthur Schucht-Danzig.*

---

## Lokale Infektionskrankheiten.

### a. *Oberhaut.*

**Natur und Ursachen des Ekzems,** von M. B. Hartzell-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 22.) Klinischer Vortrag, in welchem H. dar-

legt, dafs er zwar nicht leugnen will, dafs in einer Anzahl Fälle das Ekzem seine Ursache in Vorgängen des Körperinnern hat, dafs aber in einem beträchtlichen Teil aller Ekzemerkrankungen äufsere Reize den Entstehungsgrund bilden.

*Schourp-Danzig.*

**Pityriasis rosea.** (*Hospital*, 6. Juni 1908.) Eine Beschreibung der Affektion, mit differentialdiagnostischen und therapeutischen Betrachtungen. Bringt nichts Neues.

*C. Müller-Nyon.*

**Erythrodermie mit kongenitaler, universeller, ichthyosiformer Hyperkeratose,** von Chirivino. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1908. Nr. 18.) An dem sechsjährigen Knaben lassen sich folgende eruptive Formen unterscheiden, die dem Patienten ein aufserordentlich buntscheckiges Aussehen geben: die Erythrodermie, welche mit ihrer intensiven Rötung die Basis des ganzen Bildes bildet; sie war auch das zuerst aufgetretene Symptom, das bereits bei der Geburt bestand; sie stimmt in ihrer Lokalisation genau mit dem von Brocq gegebenen Bilde überein. 2. Hyperkeratose; ihr anatomischer Sitz ist zum Teil perifollikulär, zum Teil ist er auf die Knäueldrüsen lokalisiert; die Affektion ist über den ganzen Körper ausgebreitet, mit Ausnahme von ganz wenigen kleineren Zonen, die von ihr verschont geblieben zu sein scheinen; die Disposition der hyperkeratotischen Veränderungen entspricht vorwiegend den Voigtschen Linien. 3. Aufserdem sind die Kopfhaare sehr spärlich, die Augenbrauen fehlen, der Mund kann nur teilweise geöffnet werden; es besteht ein Ektropion des rechten unteren Augenlides. Der Verfasser knüpft an den Fall folgende Betrachtungen: Es gibt eine dem beschriebenen Bilde entsprechende kongenitale Affektion, die sich während des übrigen Lebens nicht mehr verändert. Trotz ihrer Ähnlichkeit mit der Ichthyosis hat sie mit der I. vulgaris nichts zu tun, sie kann auch nicht als eine gutartige, abgeschwächte Form derselben betrachtet werden, da alle klinischen, anatomischen und pathogenetischen Belege für eine solche Annahme fehlen. Sie mufs somit als ein eigener Krankheitstypus betrachtet werden, der nur gewisse verwandtschaftliche Beziehungen zu den anderen bekannten Typen hat. In Ermangelung eines kürzeren Namens kann sie vorläufig unter der deskriptiven Bezeichnung klassiert werden, die im Titel angeführt ist. *C. Müller-Nyon.*

**Cheilitis exfoliativa,** von M. L. Ravitch-Louisville. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 20.) Die Cheilitis exfoliativa erhielt ihren Namen von Radcliffe-Crocker und stellt den von Besnier-Doyon Ekzema exfoliant des lèvres und von Rayer Pityriasis des lèvres, von Hyde und Montgomery Cheilitis glandularis apostematosa genannten Prozefs dar, der nur auf die Unterlippe lokalisiert ist und klinisch aufserordentlich der Pagetschen Krankheit ähnelt. Möglicherweise beginnen viele Fälle des Epithelioms der Unterlippe unter den Primärerscheinungen der Cheilitis exfoliativa.

Therapeutisch kommen neben Röntgenbestrahlung Behandlung mit Antiseptica und Ätzung mit Karbolsäure in Betracht. *Schourp-Danzig.*

**Seborrhoische Läsionen ohne Mikrobien,** von G. Z. Petresco - Budapest. (*Comptes rend. de la Soc. de Biol.* 1908. S. 243.) Verfasser berichtet, dafs er seit vier Jahren sich mit der Untersuchung von seborrhoischen Läsionen beschäftigt hat, ohne eine Bestätigung für die Bedeutung des Unna-Sabouraudschen Mikrobacillus konstatieren zu können. In dem Inhalt der Haarfollikel und Talgdrüsen fand er mikroskopisch überhaupt nur ganz spärlich Mikroorganismen, und auch die Prüfung mit Kulturanlagen ergab nur spärliche Resultate. Er glaubt daher, diese Affektionen als einfache trophische Störungen deuten zu sollen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über die Leukoplasia oris,** von Mut. (*Revista Ibero-Americana de Ciencias medic.* Okt. 1908.) Im Gegensatze zur Ansicht einer Anzahl von Autoren ist der

Verfasser überzeugt, dafs die Leukoplasie der Mundhöhle keineswegs immer syphilitischer Natur zu sein braucht. *C. Müller-Nyon.*

**Hauthörner**, von G. L. Rhodenburg - New York. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 16.) I. Zwei Zoll langes Hauthorn am Ohrläppchen, das seinen Ursprung angeblich von einer Warze genommen hatte. II. Bei einem 50jährigen Manne entwickelte sich ein einzölliges Hauthorn aus den Hornbildungen eines Oberlippenepithelioms. *Schourp-Danzig.*

**Die Sporotrichosis als eine besondere Art der Hautmykose**, von Meschtscherski. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1908. Nr. 16.) Ein Referat über die Frage der Sporotrichosis. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Die Mikrosporie und Makrosporie der Kinderköpfe (Kopftrichophytie der Kinder)**, von F. Glaser. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 45.) Die Tochter einer Frau, welche an Trichophytie der Hand litt, war an einem kreisrunden Haarausfall erkrankt. Die befallene Stelle bot die Hauptcharakteristika der Mikrosporie. Die mikroskopische und kulturelle Untersuchung ergab jedoch mit Bestimmtheit, dafs es sich um einen der seltenen Fälle handelte, wo ein Kind von Endothrixpilzen befallen wurde. Die Kulturen werden eingehend besprochen. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Pemphigus vulgaris mit beträchtlicher Eosinophilie und nachfolgendem Auftreten von Maculae achromicae**, von Define. (*Giorn. internaz. di scienze med.* 1908. Nr. 20.) Die bedeutende Menge der eosinophilen Leukocyten, die in diesem Falle konstatiert wurden, beweist, dafs dieser Befund als differentialdiagnostisches Hilfsmittel zwischen Pemphigus vulgaris und Duhringscher Krankheit nicht länger verwendet werden kann. Das Erscheinen von pigmentlosen Flecken, da, wo vorher die Blasen lagen, ist ein sehr seltenes Vorkommnis, da gewöhnlich im Gegenteil Hyperpigmentation eintritt. *C. Müller-Nyon.*

**Ein spezifischer Hautausschlag bei Pneumonie**, von F. M. Pope - Leicester. (*Brit. med. Journ.* 21. Nov. 1908.) Ein 20jähriger Patient mit schwerer Pleuropneumonie bot einige Tage nach dem Beginn der deutlicheren Lungensymptome eine Gruppe von dunkelrosaroten Papeln von 3—4 mm Durchmesser auf dem Rücken dar. Während dieselben allmählich vergingen, trat eine zweite Gruppe von ebensolchen Läsionen hervor. Diese wurden nach einigen Tagen pustulös, und die Untersuchung des Pustelinhalts ergab bakteriologisch nichts anderes als Pneumokokken. Ein bald nachher am Ohr auftretender Abscefs enthielt Pneumokokken und Staphylokokken. Genesung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Fall von Lichen plano-pilaris, bei welchem die Stachelbildung überwiegend hervortrat**, von A. F. Savill - London. (*Lancet.* 28. Nov. 1908.) Als eine besondere Eigentümlichkeit wird bei diesem eine 30jährige verheiratete Frau betreffenden Falle über das Auftreten von kleinen Gruppen von grauen Hornstacheln an den Follikelmündungen als Vorläufer von später auftretenden, umgebenden, lichenösen Papeln berichtet. Daneben fanden sich verschiedentlich die typischen polygonalen Papeln des Lichen planus ohne Stachel. Die histologischen Verhältnisse sind genauer beschrieben nnd durch zwei Mikrophotogramme illustriert. In therapeutischer Beziehung wird die günstige Wirkung von Salicylsalbe bei interner Darreichung von Phosphorsäure nebst Strychnin betont. Fräulein S. hält die Phosphorsäure für besonders wirksam bei Lichen planus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

b. *Cutis.*

**Die Vaccinebehandlung infektiöser Erkrankungen**, von James Miller. (*Glasgow med. Journ.* Nov. 1908.) Fünf Fälle lange bestehender chronischer Akne vulgaris, die vorher jeder Behandlung getrotzt hatten, wurden durch Injektionen von

Emulsionen abgetöteter Bakterienkulturen (gewonnen aus den Pusteln), deren Dosierung sich nach dem jeweiligen opsonischen Index richtete, zur Heilung gebracht. Ähnliche gute Erfolge bei einer akut fieberhaften Erkrankung des Harntraktus durch Friedländers Pneumobacillus. *W. Lehmann-Stettin.*

**Behandlung akut eitriger Entzündungen mit heifser Luft,** von Hans Iselin-Basel. (*Zentralbl. f. Chir.* 1908. Nr. 43.) Der Heisluftttherapie geht immer der chirurgische Eingriff voran. Das Heizen beginnt einen Tag nach diesem. Als Wärmequelle dienen die Bierschen Holzheizkästen. Zwei bis drei Stunden täglich zweimal wirkt die Wärme ein. Die Kastentemperatur beträgt in halber Höhe 90—110° C. Die geheizten Stellen werden ödematös; genähte Wunden schwitzen klares Serum durch die Nahtlücken aus. Die künstliche Schwellung schwindet über Nacht.

Mit Erfolg wandte Verfasser die Heizung an bei entzündeten Weichteilverletzungen, bei vernachlässigten durchgehenden Fingerverletzungen, tiefen Hohlhandphlegmonen und bei eitrigen Sehnenscheidenphlegmonen. *Schourp-Danzig.*

**Die Behandlung von Abscessen,** von Dionys Hellin-Warschau. (*Zentralbl. f. Chir.* 1908. Nr. 43.) Verfasser behandelt Abscesse mit minimalen Inzisionen ohne Tamponade oder Drainage und hat damit den Vorteil, dafs die Heilungsdauer wesentlich abgekürzt wird, dafs dem Kranken die mit jedesmaligem Einführen von Gazedrains verbundenen Schmerzen erspart bleiben und dafs die Schmerzen minimal sind.

*Schourp-Danzig.*

**Über chronische Abscesse,** von Reclus. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 31.) Kurze Besprechung der chronischen, nicht-tuberkulösen Abscesse und der Sporotrichose Beurmann und ihrer Behandlung. Neues bringt der Aufsatz nicht.

*Götz-München.*

**Über seltenere ulceröse und nekrotisierende Prozesse im Munde,** von Paul Ritter-Berlin. (*Therap. d. Gegenw.* Nov. 1908.) Als solche seltene Prozesse im Munde kommen in Frage: Sarkom, Stomacace, Mundfäule und skorbutähnliche Affektionen bei Leukämie. Nicht selten werden diese leukämischen Produkte in der Mundhöhle für Symptome von Lues gehalten, oder es werden kariöse Zähne als Ursache angenommen und entfernt. Ferner wird ein Fall angeführt, der das Auftreten von Gingivitis und Kiefernekrose bei einem Knaben nach Darreichung von Phosphor für wahrscheinlich erscheinen läfst. Endlich kommen nach Kokaineinspritzungen in der Mundhöhle einige Tage nach der Operation in der Nähe der Injektionsstelle schmale, längliche, mitunter punktförmige Geschwüre mit mäfsig entzündeter Umgebung vor. Sie entstehen durch Kompression und Nekrose des Gewebes durch den Druck der injizierten Flüssigkeitsmenge. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Das Chalazion, die Akne der Meibomschen Drüsen; Histologisches und Pathogenetisches,** von J. Sabrazès-Bordeaux und Ch. Lafou-Bordeaux. (*Semaine méd.* 1908. Nr. 46.) Wie die Überschrift andeutet, stellen sich Verfasser auf die Seite derjenigen, welche das Chalazion als eine Akne der Meibomschen Drüsen deuten, und sie stützen ihre Auffassung durch eine eingehende Schilderung der histologischen Befunde und der bakteriologischen Verhältnisse. Betreffs der letzteren ist zu bemerken, dafs auch hierin Analogien zwischen beiden Affektionen bestehen, insofern als die kleinen Bazillen des Aknecomedo nach Unna und Sabouraud allein nachgewiesen werden konnten und auch das nur in nicht zu alten Läsionen; in alten Gebilden war nichts von Bakterien zu erkennen; namentlich fiel es aber auf, dafs niemals Staphylokokken zu entdecken waren, selbst nach dem Eintritt von Eiterbildung. In bezug auf die Histologie entscheiden Verfasser die vielumstrittene Frage von der Kapselbildung dahin, dafs in den Anfangsstadien nichts von einer solchen zu erkennen ist, dafs dagegen im späteren Verlauf in der Umgebung der Drüse sich eine reaktive Ansammlung

von Bindegewebe einstellt, welche Kapselform annimmt. Ferner legen Verfasser Gewicht darauf, dafs das Chalazion fast immer mit nachweisbaren sonstigen Erscheinungen von Seborrhoe vergesellschaftet ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Milzbrand und seine Behandlung,** von Barlach - Neumünster. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 44.) Auf Grund seiner Erfahrung empfiehlt Verfasser folgende Behandlung des Hautmilzbrandes: In jedem Falle Bettruhe. In leichten Fällen Bedeckung der Pustel und der Umgebung mit Umschlägen von essigsaurer Tonerde oder dergleichen. In schwereren Fällen Spaltung und Umkreisung der Pustel (mit Thermokauter), wobei die Umschläge fortgesetzt werden, und Jodeinspritzung (Jodtinktur).

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Beiträge zum mikrobiologischen und experimentellen Studium der Framboesie,** von Levaditi und Nattan - Larrier. (*Ann. de L'Inst. Pasteur.* Bd. XXII. April 1908.) Die Autoren beobachteten Framboesie bei einem in den Tropen erkrankten Mann. Von dessen dem Sekundärstadium der Framboesie angehörenden Effloreszenzen wurden Impfungen gemacht auf zwei Schimpansen und zwei niedere Affen. Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Neisser, Bärmann und Halberstaedter gelang in diesen Fällen die Impfung nicht auf schon vorher mit Syphilis infizierte Tiere. Die Autoren erklären diese Differenz dadurch, dafs Neisser und Mitarbeiter die Framboesieimpfungen sehr früh nach erfolgter Syphilisimpfung, wo die Immunität noch nicht sicher eingetreten sei, oder in einem Falle sehr spät (8½ Monate), wo die Immunität, zumal bei niederen Affen, schon wieder geschwächt sein konnte, ausführten. Sie schliefsen aus ihren Versuchen, dafs wenigstens in einer Anzahl von Fällen Syphilis gegen Framboesie immun macht.

Die Ergebnisse Neissers u. a., dafs die von Framboesie geheilten Affen für Syphilis empfänglich sind, wurden nicht nachgeprüft.

Die Autoren sind der Ansicht, dafs eine nahe Verwandtschaft besteht zwischen Framboesie und Syphilis, die ihren Ausdruck auch in der grofsen Ähnlichkeit des Treponema pallidum und der Spirochaeta pertenuis finden. „Die Framboesie stellt sich dar als eine abgeschwächte Varietät der Syphilis.“ Hiermit würde vereinbar sein, dafs Framboesietiere für Syphilis empfänglich sind, nicht aber umgekehrt.

*Arthur Schucht-Danig.*

**Fälle von wahrscheinlicher Mykose, aber ohne sicheren Nachweis von Blastomyceten,** von M. B. Hutchins-Atlanta. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 22.) In dem einen Falle handelte es sich um eine an Epitheliom erinnernde Neubildung der Wange, die auf das Kinn überging; in dem anderen Falle war es eine ulceröse Affektion der Unterlippe. *Schourp-Danzig.*

---

## Progressive Ernährungsstörungen.

### a. *Maligne.*

**Beitrag zur Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren,** von K. Schultze-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 43.) In der Universitätsklinik zu Berlin hat man mit dieser Methode nicht die guten Resultate erzielt wie der Erfinder. S. schildert ausführlich sowohl die gesamte dort verwendete technische Einrichtung als auch die Krankengeschichten von zwölf so behandelten Fällen. Im ganzen ist aus diesen Beobachtungen der Schlufs zu ziehen, dafs die Fulguration nicht imstande war, hemmend auf das Weiterwachsen der Geschwülste einzuwirken, und dafs die damit erzielte Besserung in bezug auf Schmerzen und etwaige Blutungen auch mit anderen einfacheren Mitteln erzielt werden kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Beitrag zum Studium der krebserzeugenden Wirkung der Röntgenstrahlen,** von Castiglioni. (*Soc. milan. di Med. e Biol.* März 1908.) Eine solche können diese Strahlen bei langdauernder Wirkung wirklich auf die Gewebe ausüben. Dieselbe ist aber nicht spezifisch, da sie in gleicher Weise zustande kommt wie beim Lichte und anderen reizenden Agentien. Die Tatsache, daſs die Strahlen Carcinom erzeugen können, steht im Widerspruche mit der parasitären und streng embryologischen Theorie über die Pathogenese des Carcinoms, kann hingegen als Stütze der Hypothese verwendet werden, die sich auf die Metaplasie der Gewebe gründet. Hartnäckige und verdächtig aussehende Ulcerationen nach radiotherapeutischen Eingriffen, müssen sobald wie möglich breit exzidiert werden, da das bloſse Auskratzen nicht genügt, wie durch einen Fall illustriert wird. *C. Müller-Nyon.*

**Über Heredität beim Carcinom,** von E. F. Bashford - London. (*Lancet.* 21. Nov. 1908.) Verfasser entnimmt aus einer ausführlichen Berücksichtigung der Statistiken der allgemeinen Totenlisten und der Aufzeichnungen des englischen Krebsforschungsinstituts, daſs die Heredität keine erkennbare Rolle beim Entstehen des Krebses spielt, daſs derselbe vielmehr fast immer als ein akquiriertes Leiden zu deuten ist. Beobachtungen an carcinös erkrankten Mäusen bestätigten ihm diese Auffassung.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Das Carcinom in Trovancore, Südindien, eine Synopsis von 1700 Fällen,** von W. C. Bentall. (*Brit. med. Journ.* 7. Nov. 1908.) Aus dieser im wesentlichen statistischen Arbeit ist zu entnehmen, daſs das Carcinom im genannten Distrikt sich in verhältnismäſsig jungen Jahren einstellt, und ferner, daſs die Mundhöhle relativ häufig der Sitz des Leidens ist. B. nimmt an, daſs die dort schon in kindlichem Alter geübte Sitte des Kauens von Tabak mit Betelblättern und Arekanuſs und gelöschtem Kalk eine erhebliche Rolle hierbei spielt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Palliative Behandlung bei inoperablem Carcinom,** von H. L. Drage. (*Lancet.* 7. Nov. 1908.) Um der Frage näher zu treten, ob es möglich wäre, durch medikamentöse Beeinflussung des Blutes dem Fortschreiten maligner Tumoren entgegenzutreten, hat Verfasser eine Reihe von Mitteln einer Prüfung unterzogen. Er verwendete zunächst subcutane Injektionen von zimtsaurem Natrium (Hetol) in 10 %iger Lösung in Glycerin wegen der damit verbundenen Leukocytose. Die Dosen betrugen 1 bis 2 ccm, und die Resultate waren jedenfalls beachtenswert. Ferner wurde das orthokumarinsaure Natrium in 22 %iger wässeriger Lösung in Dosen von 1,5 ccm dreimal wöchentlich subcutan eingespritzt. Daneben erhielten die Patienten innerlich entweder zimtsaures Aldehyd (0,06 in Kapseln ter die) oder Anotyl - Kumarinsäure (Tylmarin) in Gaben von 0,3 dreimal täglich nach den Mahlzeiten, wie das vorige. Als weitere Beihilfen gibt D. auch Antimonoxyd in Pulverform oder in Lösung in Dosen von 0,2 gewöhnlich einmal täglich sowie als äuſserliche Applikationen ein Pflaster resp. Salbe mit Antimonoxyd und auch mit 20 % Kupferoleat resp. mit Thoriumoleat. Für vaginale resp. rektale Verwendung läſst er Suppositorien in geeigneter Form mit diesen Medikamenten anfertigen. Einige hier mitgeteilte Krankengeschichten stützen die Behauptung D.s, daſs es möglich sei, durch medikamentöse Behandlung in gewissem Grade günstig auf die Gewächse einzugreifen und wenigstens der damit verbundenen septischen Infektion wirksam entgegenzutreten. In einem Zusatz bespricht G. T. Morgan die chemische Zusammensetzung der Kumarinverbindungen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Analogie zwischen der Spontanheilung von Carcinomen und der durch Röntgenbestrahlung der Lymphdrüsen erzeugten spezifischen Immunität,** von H. D. McCulloch. (*Brit. med. Journ.* 17. Okt. 1908.) Nach einigen Bestrahlungen der affizierten Lymphdrüsen hat Verfasser bei vier Fällen von Kehlkopfkrebs, bei

denen eine Operation refüsiert wurde, eine ausgesprochene Rückbildung der Tumoren (bis zum völligen Verschwinden, wenigstens in dem einen Falle) beobachtet. Er erklärt dies durch eine spezifische Umwandlung in den betreffenden Lymphdrüsen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über Narbencarcinome**, von Aloys Eckermann-Gelsenkirchen. (*Wien. klin. Rundschau.* 1908. Nr. 39 u. 40.) Fünf Fälle typischen Narbencarcinoms; in dem einen Falle entstand das Carcinom auf der Narbe nach Frostgangrän, in zwei anderen auf alten Verbrennungsnarben, in den beiden übrigen auf Lupusnarben.

*Schourp-Danzig.*

**Über Epitheliome der Haut und ihre Behandlung,** von A. Morelle-Brüssel. (Brüssel, Henri Lamertin, 1908.) Dieses kleine Werk (48 Seiten) stellt im wesentlichen einen Bericht über klinische Beobachtungen an 35 Fällen aus der Praxis des Verfassers dar. Daneben werden an der Hand von einigen Holzschnitten die hauptsächlichen Punkte der Histologie erörtert. Das klinische Material ist in fünf Gruppen eingeteilt und umfaſst: die auf einer normalen Haut entstehenden Epitheliome, die im Anschluſs an eine senile Keratose sich entwickelnden Tumoren, die mit Lupus, Ulcerationen, Fisteln und Narben komplizierten Fälle, ferner die melanotische Form (ein Fall) und die gutartigen Epitheliome der Kopfschwarte. Die Therapie bestand teils in chirurgischen Eingriffen, teils in der Anwendung von Röntgenstrahlen. Die Resultate waren, wie diejenigen anderer Autoren, variabel. Besonders ungünstig war das Ergebnis bei den mit Lupus komplizierten Fällen. Beim Ulcus rodens erwies sich die Currettage nebst Thermokauterisierung als unzulänglich, aber auch die exakte Exstirpation lieferte zweimal ein Rezidiv. Die mit der Röntgenbestrahlung erzielten Resultate gestatten ebenfalls keine definitiven Schlüsse, weder pro noch contra.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Behandlung des EpitheIioms mittels Röntgenstrahlen,** von G. E. Pfahler-Philadelphia. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 21.) Oberflächliche Epitheliome der Haut des Gesichtes und des Handrückens werden durch Röntgenbestrahlung gut beeinfluſst; ebenso Epitheliome mit seniler Keratosis, aber mit gröſserer Wahrscheinlichkeit des Rezidivierens. Hingegen eignen sich tief ulcerierende Epitheliome nicht zur Röntgenbestrahlung, sondern erfordern Exzision; immerhin schafft eine Röntgenbehandlung hier Nachlassen der Schmerzempfindlichkeit. Bei Epitheliomen der Schleimhaut der Unterlippe und der Wange soll immer chirurgische Exzision mit nachfolgender Röntgenbestrahlung der benachbarten Drüsen erfolgen.

*Schourp-Danzig.*

**Sklerosierende Lymphangitiden und Adenitiden beim Epitheliom,** von G. Palazzo. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1908. Nr. 17.) Der Verfasser geht bei seinen Betrachtungen über diesen Gegenstand aus von einem Falle von Epitheliom der Mamma mit Veränderungen der Lymphbahnen, die von der Mamma aus nach der Achselhöhle ziehen. Diese Veränderungen bestehen in einer Proliferation des subendothelialen Bindegewebes dieser Gefäſse, welche Proliferation zu einem mehr oder weniger vollständigen Verschluſs der Gefäſse führt; ferner in Veränderungen der Lymphdrüsen, in welche diese Gefäſse ausmünden; auch hier bestehen die Veränderungen in einer Proliferation des Bindegewebes. Es kann sich dabei nicht um sekundäre Prozesse handeln, indem das Epitheliom der Brustdrüse nicht ulceriert war; die Zellen der Neubildung können dabei auch nicht in Frage kommen, da dieselben noch nicht in die Lymphwege eingedrungen waren. Es kann sich vielmehr nur um irgendeine Flüssigkeit handeln (Krebssaft), die von den Lymphbahnen resorbiert wurde und das Bindegewebe zur Proliferation angeregt hat. *C. Müller-Nyon.*

**Ein Fall von squamösem Zellepithelioma,** scheinbar primär in der Schilddrüse, metastatische Tumoren in Lungen, Lymphdrüsen und Herz, von MILTON LEWIS-Baltimore. (*New York med. Journ.* 24. Okt. 1908.) Der Fall betraf eine 64jährige verheiratete Frau, bei welcher die Hauptsymptome quälender Husten, reichlicher Auswurf, allgemeine Schwäche waren. Genauer autoptischer Befund, welcher aber nur mit Wahrscheinlichkeit annehmen liefs, dafs die Affektion in der Schilddrüse ihren Ausgang genommen hat. *Stern-München.*

**Das Epithelioma adamantinum,** von L. BOIDIN und CH. DELVAL. (*Presse méd.* 1908. Nr. 99.) Von dieser seltenen Affektion schildern Verfasser zwei Fälle, einen von der oberflächlichen und einen von der tiefsitzenden Form. Die Entstehung der Affektion ist, wie an Abbildungen der histologischen Verhältnisse hier sehr anschaulich demonstriert ist, auf Wucherung von verlagerten Zahnzellen zurückzuführen. In dem abgetragenen Tumor fanden sich bei dem einen Falle zahlreiche unregelmäfsig geformte Alveolen, welche von einem zellarmen Bindegewebe eingeschlossen waren; an den Alveolen selbst war, von aufsen nach innen vorgehend, zunächst ein Saum von dichtgedrängten, hohen cylindrischen Zellen zu konstatieren, worauf ein Netz von polygonalen Zellen in Sternform folgte und schliefslich im Zentrum typische Malpighische Zellen, vielfach zu Nestern konzentrisch zusammengelagert. Bei der oberflächlichen Form fanden sich einige Abweichungen von diesem Typus. Die Affektion scheint meist, wie auch bei diesen beiden Patienten, einer geeigneten chirurgischen Behandlung sehr wohl zugänglich zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über zwei Fälle von multiplem Ulcus rodens,** von H. G. ADAMSON-London. (*Lancet.* 17. Okt. 1908.) Die hier besprochenen zwei Fälle sind vor einigen Jahren schon von B. CLARKE und von J. J. PRINGLE beobachtet und damals auch beschrieben worden; bei dem einen Patienten, einem 37jährigen Manne, entwickelten sich einige 20 bis 30 hirsekorn- bis halberbsengrofse Tumoren am Gesicht, die histologisch als Ulcus rodens nachgewiesen wurden. Später hatte A. Gelegenheit, den Patienten zu untersuchen und fand 17 Knötchen resp. Geschwüre von Stecknadelknopfgröfse bis zu 1½ Zoll im Durchmesser. Bei dem PRINGLEschen Falle wurden 13 Tumoren gezählt. Ferner reproduziert A. je einen Fall von STELWAGON, WHITE und JARISCH auch unter Beifügung von Illustrationen; diese sind unter der Diagnose multiple, benigne, cystische Epitheliome (oder Epithelioma adenoides cysticum nach BROOKE) publiziert worden, doch vertritt A. die Ansicht, dafs die Diagnose Ulcus rodens für dieselben vielleicht eher berechtigt wäre. Zum Vergleich reproduziert Verfasser noch die Abbildungen von BROOKES drei Patientinnen (aus dem Jahre 1892) und bespricht an der Hand einer Illustration der histologischen Verhältnisse die Analogien und namentlich die Unterschiede, welche zwischen dem Ulcus rodens und dem Epithelioma adenoides cysticum bestehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

### b. *Benigne.*

**Ein Fall von DARIERS Krankheit,** von P. G. UNNA. (*Mitteil. a. d. Hamburg. Staatskrankenanstalten.* Bd. 8, Nr. 14.) Krankheitsgeschichte eines jetzt 38jährigen Mannes, bei dem das Leiden angeblich in seinem fünften Lebensjahre begann. Die gesamte Haut und die Nägel waren erkrankt. Unter Einreibungen von Unguentum Pyrogalloli comp. wurden die Prominenzen flacher und verschwanden zum Teil völlig.

Histologisch bot der Fall das typische Bild der DARIERschen Krankheit und zeigte vortrefflich das Verhalten des Faserapparates der Stachelzellen bei der hyalinen Degeneration. Zu seiner Darstellung wurde die neue Wasserblau-Orcëin-Eosin-Safranin-Methode benutzt. *Schourp-Danzig.*

**Infektiosität von Warzen**, von J. Morton-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 1908. Nr. 14.) Bericht über das gleichzeitige Auftreten von Warzen bei drei Kindern einer Familie, nachdem eine mit vielen Warzen an den Händen und Armen behaftete Magd in Dienst genommen worden war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Betrachtungen über einen Fall von Recklinghausenscher Krankheit**, von Ottolia. (*Rif. med.* 1908. Nr. 45.) Der Verfasser beschreibt einen typischen Fall dieser Affektion bei einem 48jährigen Bauern, der an derselben von seinem sechsten Jahre an litt. Was die Pathogenese der Krankheit anbelangt, so begnügt sich der Verfasser die verschiedenen Theorien anzuführen und meint blofs, dafs vielleicht diejenige, welche die Krankheit als eine kongenitale Mifsbildung betrachtet, die annehmbarste sei. *C. Müller-Nyon.*

**Fälle von Tätowierungskeloiden**, von Welander-Stockholm. (*Nordiskt. med. Arkiv.* 1908. Abt. 2, Heft 2.) Schon 1893 beschrieb Autor einen Fall, wo ein Patient mehrere sogenannte echte spontane Keloide auf dem Rumpf, aufserdem aber eine Menge Keloide an den Körperstellen hatte, wo er tätowiert worden war. Verschiedene Bilder in blau und rot waren eintätowiert; das eigentümliche war, dafs an allen den Stellen, wo er mit rot tätowiert worden war, Keloide entstanden waren, während an den Stellen, wo er mit blau tätowiert war, kein einziges Keloid aufgetreten war. 1907 beobachtete er zufällig gleichzeitig zwei Patienten, welche Tätowierungskeloide hatten. Beide waren blau und rot tätowiert und beide hatten an den mit rot tätowierten Stellen Keloide, aber keine an den mit blau tätowierten Dieser Unterschied ist in der mechanischen Verteilung des verwandten Farbstoffs im Gewebe zu suchen. Bei histologischer Untersuchung fand sich, dafs der blaue Farbstoff in mehr oder weniger diffusen Klumpen, ohne scharfe Kanten dalag. Der rote Farbstoff lag zwar an vielen Stellen ebenfalls in solchen Klumpen da, doch fanden sich unter ihnen fast überall spitze kristallähnliche Zinnoberstücke. Diese kantige Beschaffenheit des Zinnobers wirkt als ständiger Reiz auf das Gewebe und gibt so bei den dazu disponierten Individuen den Anlafs zur Keloidbildung.

*Arthur Schucht-Danzig.*

c. *Pigmentanomalien.*

**Über einen Fall von Urticaria pigmentosa mit disseminierten Mastzellen oder Urticaria mit Pigmentbildung**, von Leopold Rothe. (Inaug. Dissert. Leipzig, 1908.) Die typische Urticaria pigmentosa, die in England häufiger als in anderen Ländern aufzutreten und öfter Knaben als Mädchen zu betreffen scheint, beginnt mit einem quaddelartigen, meist juckenden Ausschlag, der wenige Wochen oder Tage nach der Geburt auftritt. Doch sind auch Fälle beobachtet worden, in denen die Kinder bereits mit einem urticariaähnlichen Ausschlag geboren wurden, was für die Möglichkeit einer kongenitalen Anlage spräche. Im Verlauf einiger Tage bis zu einem Jahr treten in einzelnen Schüben immer zahlreichere, frische Quaddeleruptionen auf, die sich im Laufe der Zeit in braune Flecken und Knötchen umwandeln. In den nächsten zwei bis fünf Jahren kommen ebenfalls noch frische urticarielle Erscheinungen auf den schon bestehenden Flecken und Knötchen vor, ohne dafs die Zahl der Quaddeln aber zunimmt. In den folgenden vier bis fünf Jahren werden die Eruptionen immer seltener und zur Zeit der Pubertät ist meist Heilung eingetreten. In den getroffenen Hautpartien lassen sich gewöhnlich keine Zeichen von Entzündung nachweisen. Über die Ätiologie des Leidens ist nicht mehr bekannt, als dafs die Erkrankten meist von gesunden, nicht luetisch infizierten Eltern abstammen, ferner dafs es sich in der Mehrzahl der Fälle um ausgetragene, im übrigen völlig gesunde Kinder handelt. Eine Anlage zur Vererbung scheint nicht häufig vorzukommen.

Verfasser hat einen Fall beobachten können, den er ausführlich beschreibt. Der Fall stimmt vielfach mit der typischen Form der Urticaria pigmentosa überein, weicht aber in manchen Punkten wieder wesentlich davon ab. Nach dem klinischen Bilde, Verlauf und histologischen Befunde rechnet Verfasser seinen Fall nicht der klassischen Form der Urticaria pigmentosa zu, sondern wählt nach BLUMER die Bezeichnung Urticaria pigmentosa mit disseminierten Mastzellen (Typus: JADASSOHN, RÓNA) oder Urticaria mit Pigmentbildung (RÓNA) für das Krankheitsbild, da es mit den unter diesen Bezeichnungen veröffentlichten Krankheitsbildern gewisse Merkmale sowohl klinisch wie histologisch gemeinsam hat: 1. Beginn der Erkrankung in einem späteren Lebensalter; 2. die vasomotorische Erregbarkeit der gesunden wie der veränderten Haut (Anschwellen der Flecken auf mechanische Reize); 3. das spontan quaddelartige Anschwellen der Flecke bei höherer Temperatur und bei starker Transpiration; 4. den histologischen Befund: a) das sich aus mononukleären Leukocyten, Plasma- und Mastzellen zusammensetzende Infiltrat um die Gefäſse des Subpapillarkörpers; b) die mäſsige Anhäufung von Mastzellen namentlich an den Stellen, die im übrigen keine pathologischen Veränderungen zeigen. *Fritz Loeb-München.*

---

## Regressive Ernährungsstörungen.

**Lupus erythematodes, dessen Wesen und Behandlung,** von J. M. H. MAC LEOD-London. (*Lancet.* 31. Okt. 1908.) Als Hauptmomente seiner Besprechung der anatomischen und ätiologischen Verhältnisse dieser Affektion stellt Verfasser folgende Sätze auf: Es ist bisher weder durch klinische noch histologische oder bakteriologische Beobachtungen stichhaltig erwiesen, daſs Lupus erythematodes durch Tuberkelbazillen verursacht wird oder etwa bei tuberkulösen Individuen als eine Äuſserung des Tuberkeltoxins aufzufassen ist. Auch ist das Leiden nicht im streng pathologischen Sinne eine Einheit, durch eine einzige spezifische Ursache bedingt, sondern vielmehr eine durch verschiedene Ursachen zu erzeugende Abnormität vom Typus des Erythems mit Neigung zu langem Bestande und Ausgang in Atrophie. In therapeutischer Hinsicht erwähnt Mc. L., daſs er mit Finsenlicht bei vier Fällen sehr gute Resultate erzielte; im übrigen führt er die wichtigsten der sonst üblichen Mittel an.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Zur Frage des Lupus erythematodes und der Tuberkulide überhaupt,** von S. EHRMANN und S. REINES. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 34.) An der Hand ihres groſsen Untersuchungsmaterials beantworten Verfasser die Frage, ob der Lupus erythematodes in jedem Falle einen sicheren Rückschluſs auf (aktive oder inaktive) Tuberkulose des Trägers gestattet, in folgender Weise: In einem Teil der Fälle kann der Lupus erythematodes als Stigma für (aktive oder inaktive) Tuberkulose gelten; in einem anderen Teil der Fälle ist ein derartiger Zusammenhang derzeit nicht nachweisbar, sei es, daſs er tatsächlich fehlt, sei es, weil Tuberkulose des Trägers bezw. der tuberkulöse Charakter der fraglichen Affektion sich dem Nachweise entziehen kann. In jedem Falle aber fordert die Konstatierung eines Lupus erythematodes zur Untersuchung und Beobachtung des Trägers bezüglich der Tuberkulose auf. Über die Art des Zusammenhanges zwischen Lupus erythematosus und Tuberkulose kann nichts sicheres ausgesagt werden und ihm deshalb kein diagnostischer Wert bezüglich der Art der Tuberkulose (aktiv oder inaktiv) zugesprochen werden. Aus denselben Gründen kommt ihm auch keine prognostische Bedeutung zu.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

---

# Verschiedenes.

**Moulagenbereitung von Hautkrankheiten,** von Franz Veress - Kolozsvár. (*Orvosi Hetilap.* 1908.) Mit mühsam erworbener technischer Geschicklichkeit hat si h der Autor die Bereitung der Moulagen angeeignet. Neu und originell ist bei ih. , dafs die Färbung der aus Wachs, Ceresin und Paraffin bereiteten Masse nicht an der äufseren Oberfläche geschieht, sondern von der Innenseite. Die Masse wird in einer einen Millimeter dünnen Schicht in das Gypsnegativ gegossen, dann mit Ölfarben gefärbt und jetzt erst mit der dicken Masse kompakt glatt ausgegossen. Auch einige Details beschreibt der Autor und zwar wie die Schuppen, Eiter usw. zu machen sind. Krusten benutzt er natürliche, vom Kranken genommene, welche er gut austrocknen läfst und dann erst am entsprechenden Platz anbringt. (Sein Vorgehen scheint besser zu sein als das von Mahl beschriebene. Ref.)

*Porosz-Budapest.*

**Filariasis und Elephantiasis in Süd-Luzon,** von James M. Phalen und Henry J. Nichols. (*Philipp. Journ. of Science.* Bd. III, Nr. 4.) Auf den Philippinen ist Filariasis nicht selten. Ihr Urheber ist Mikrofilaria Bancrofti. In manchen Bezirken besteht eine andauernde Endemie von Filariasis. Nach des Verfassers eigenen Beobachtungen wird Elephantiasis direkt durch Filariasis hervorgerufen, da — wie Patrik Manson meint — die Eier der Mikrofilaria die Lymphgefäfse verschliefsen.

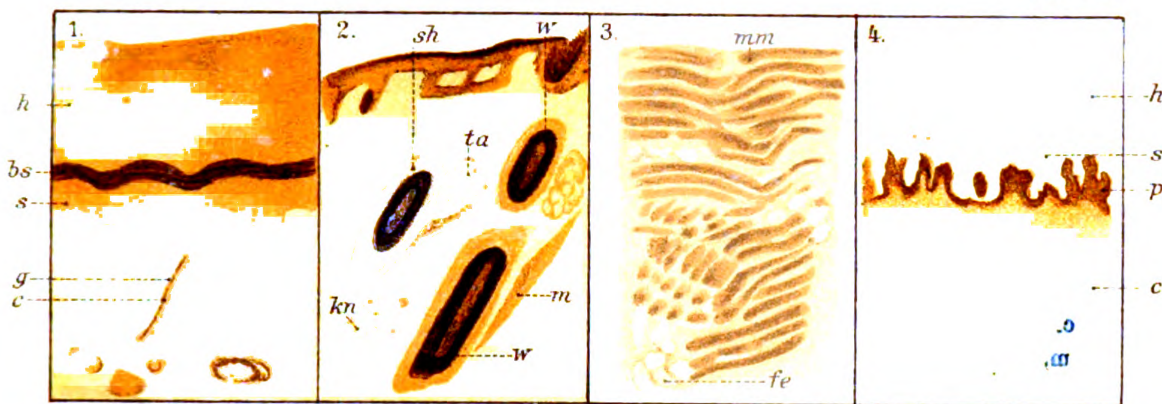
*Schourp-Danzig.*

**Untersuchungen an Skopzen,** von Julius Tandler und Siegfried Grosz-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 9.) Die Angehörigen der regulären Sekte der Skopzen sind über den gröfsten Teil des russischen Reiches verbreitet und haben seit der Mitte des 19. Jahrhunderts auch in Rumänien Gemeinden gegründet. Die Verfasser untersuchten in Bukarest fünf Skopzen, deren einer im 21. Lebensjahre, einer mit 5, einer mit 8, einer mit 10 und einer mit 16 Jahren verschnitten war. Bei zweien waren nur die Testikel, bei den drei anderen auch der Penis abgeschnitten worden. Der Einflufs der Kastration auf das Gröfsenwachstum zeigte sich bei allen diesen Fällen in einer abnormen Länge der Extremitäten, deren röntgenologische Aufnahmen am proximalen Humerusende die Persistenz der Epiphysenfugen nachwiesen. Auffallend waren das braungelbe Kolorit der Gesichtshaut und die unverhältnismäfsig frühe Ausbildung von Falten in dem in der Regel bartlosen Gesichte sowie die vollkommene Haarlosigkeit des Stammes und der unteren Extremitäten und die sehr starke Fettentwicklung an den Mammae, an der Unterbauchgegend und an den Nates.

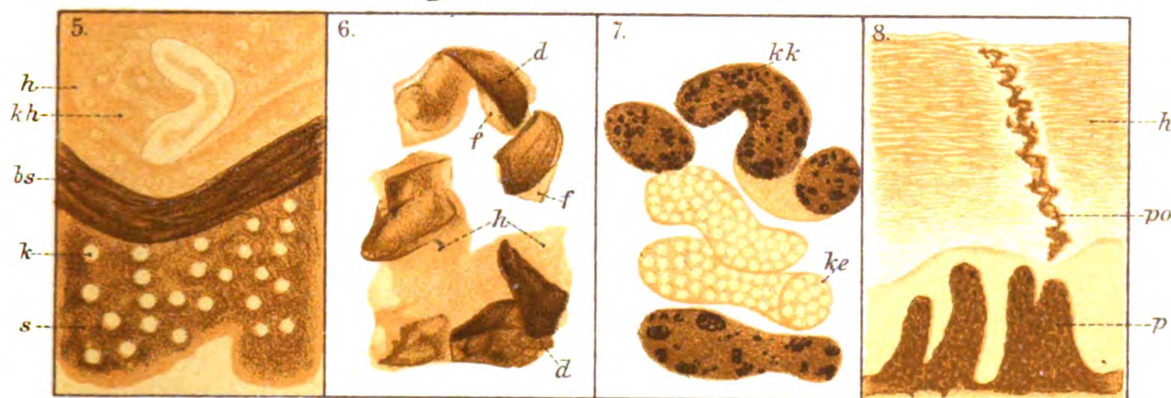
Bezüglich der Vita sexualis gab der im 20. Lebensjahre seiner Testikel Beraubte an, dafs er fast jeden Tag den Coitus ausführe und es hierbei zu einer spärlichen Ergiefsung komme. Die Libido war auch bei denjenigen, welchen Testikel und Penis fehlten, nicht völlig erloschen. *Schourp-Danzig.*

**Berichtigung.** In Delbancos Arbeit „Sekundäre Gummibildung sive gummöse Lymphdrüseninfektion“, Band 48, Nr. 3, lies Seite 101, Zeile 19 und Zeile 25 statt „Knochensyphiliden“ „Knotensyphiliden“ und Seite 103, Zeile 6 statt „Edlefzen“ „Edlefsen“.

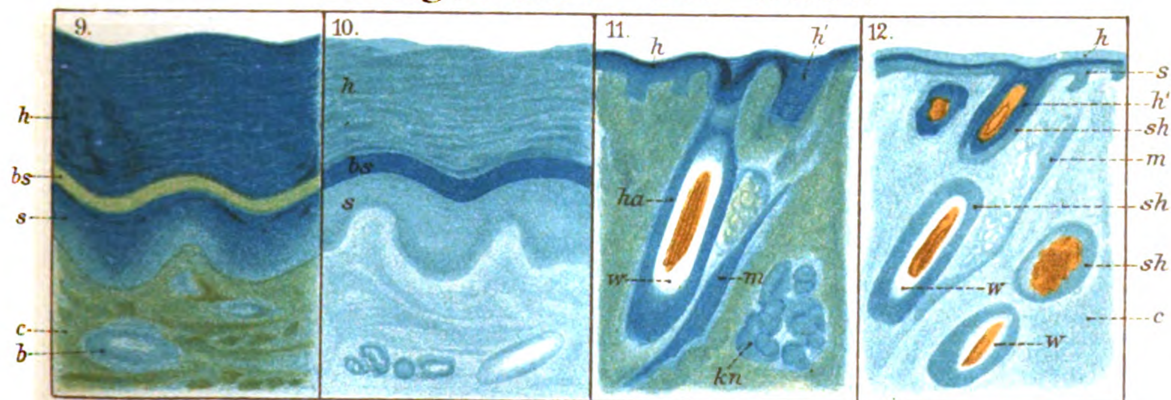
---



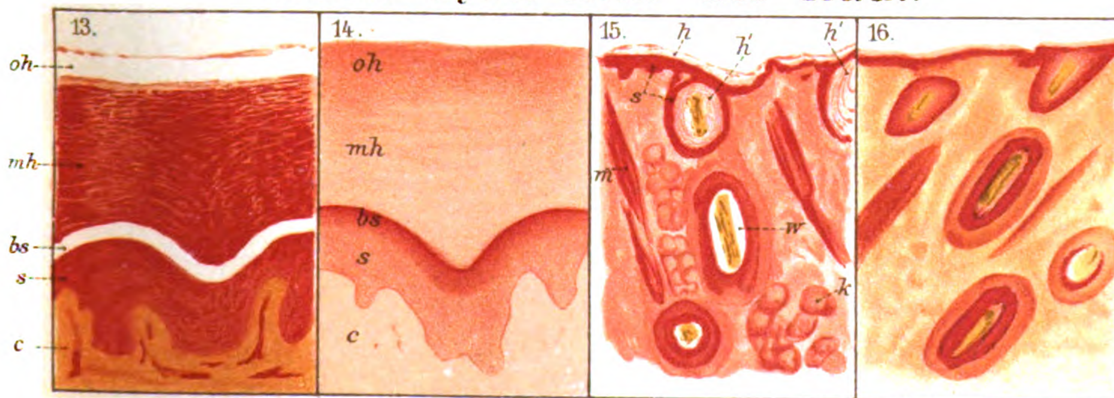

Manganbild der Haut.




Manganbild der Haut.




Eisen-Cyan-Bild der Haut.




Nitrochrysophan-Bild der Haut.

Golodetz u. Unna.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. № 5. 1. März 1909.

## Über die „Endotheliome" der Autoren.

Von

Dr. JOHANNES FICK - Wien.

Von einigen Autoren werden noch in allerjüngster Zeit gewisse Tumoren der Haut als endotheliale Neubildungen aufgefafst oder direkt als „Endotheliome" bezeichnet. Es dürfte daher auch heute noch nicht ganz überflüssig sein, sich mit diesen Geschwülsten einmal im Zusammenhang zu befassen und sie von Gesichtspunkten aus zu betrachten, welche uns die Ergebnisse der letzten Spezialarbeiten über diesen Gegenstand vorschreiben. Da man sich zurzeit noch nicht darüber geeinigt hat, welche Zellen man als Endothelzellen zu bezeichnen habe, ist auch die Fassung des Begriffs „Endotheliom" noch nicht genügend umgrenzt. Die Zellen, welche die Innenwand der Blut- und Lymphgefäfse bekleiden, werden von allen Autoren als Endothelzellen bezeichnet, dagegen werden die Belegzellen der serösen Häute von den einen zum Epithel, von den anderen zum Endothel gerechnet, und während ferner manche Autoren die Zellen, welche den interfaszikulären Saftspalten anliegen, als Endothelzellen bezeichnen, sehen andere Autoren in diesen Zellen gewöhnliche Bindegewebszellen. Dementsprechend wird denn auch von neueren Autoren, wenn sie die Diagnose Endotheliom stellen, genauer angegeben, von welchen Zellen im speziellen Fall der Tumor ausgegangen sei; man spricht von Lymphangioendotheliomen, Hämangioendotheliomen, Saftspaltenendotheliom, Endotheliom der serösen Häute.

Da also eine allgemein akzeptierte Definition des „Endothelioms" nicht vorliegt, ist es wohl das beste, sich die Tumoren ohne weitere theoretische Erörterungen an der Hand der Beschreibungen einzelner Fälle anzusehen und sich auf diese Weise darüber zu verständigen, was die Autoren unter „Endotheliomen" verstanden haben und was die Autoren von heute mit diesem Namen bezeichnen. Vorher dürfte es aber ganz angezeigt sein, in möglichst kurzer Erörterung auf die Entwicklung der Lehre von den Endotheliomen einzugehen; es wird einem manches in der

Auffassung der Autoren der neueren Zeit besser verständlich, wenn wir auf die Ansichten aus älterer Zeit zurückgreifen, auf denen die Lehre von den Endotheliomen fundiert ist. — Die Lehre von den endothelialen Geschwülsten geht in ihren Anfängen zurück auf die Metaplasielehre VIRCHOWS. Nach VIRCHOW entstanden die Zellen des Krebses, mit welcher Bezeichnung damals sich ein rein morphologischer Begriff verband, durch eine Umwandlung bindegewebiger Zellen in epitheliale. Diese Auffassung hat, wenn man die Untersuchungsmethoden, mit denen VIRCHOW anfänglich arbeitete, berücksichtigt, weiter nichts Auffallendes. Nun zeigten aber THIERSCH (1865) und WALDEYER (1867), dann HAUSER, BILLROTH, NAUNYN, FETZER und viele andere, daſs die epithelialen Krebszellen durch Wucherung und gewisse gleichzeitige Formveränderungen epithelialer Zellen und nicht durch Wucherung und Metaplasie bindegewebiger Elemente entständen. Diese Anschauung brach sich trotz VIRCHOWS Widerspruch Bahn und ist zurzeit unbestritten. Aber aus der Zeit, wo die Diskussion über die Ansicht VIRCHOWS und seiner Anhänger einerseits und die Ansicht von THIERSCH und WALDEYER andererseits aktuell war, ist uns etwas geblieben und das sind die Endotheliome. v. RECKLINGHAUSEN nämlich und nach ihm besonders KÖSTER, v. RUSTIZKY u. a. stellten auf der Suche nach bindegewebigen Zellen, welche man als Matrixzellen der Krebszellen hätte verantwortlich machen können, den Satz auf, die Endothelzellen der Lymphgefäſse seien diejenigen Zellen, durch deren Wucherung und Transformation zu Epithelzellen die Krebszellen entständen. Damit war gewissermaſsen ein Kompromiſs geschaffen, denn nun waren es nicht die gewöhnlichen Bindegewebszellen, sondern die eine Zwitterstellung einnehmenden Epithelien (wie man damals sagte) der Gefäſse, welche die Krebszellen liefern sollten. Die Unhaltbarkeit des besonders von KÖSTER verteidigten Satzes wurde, sofern er sich auf die echten Krebse bezog, nachgewiesen, indem gezeigt wurde, daſs, wenn stellenweise Krebszellen und Endothelien einander berühren, dies dadurch zustande kommt, daſs die von echten Epithelien stammenden Tumorzellen an die Endothelzellen herantreten durch Einwuchern in die Lymphgefäſse. Aber die Vorstellung, daſs durch tumormäſsige Wucherung der Endothelzellen krebsartig gebaute Tumoren entstehen könnten, hatte doch soweit an Boden gewonnen, daſs sie für eine Gruppe von Krebsen aufrecht erhalten werden konnte, wobei nur die von KÖSTER angenommene Metaplasie gestrichen zu werden brauchte. Die Endothelzellen formieren den Tumor, werden aber nicht zu epithelialen Krebszellen (deren epitheliale Genese zugegeben war), sondern bleiben Endothelzellen bezw. werden, da es sich immerhin um krebsartig gebaute Tumoren handelt, zu endothelialen Krebszellen. Damit war der Begriff des Endothelioms geschaffen. Die Namengebung vollzog GOLGI 1869. Das „Endotheliom" war da. Namentlich waren es die von BILLROTH als Cylindrome

bezeichneten Tumoren, bei denen man die Endothelzellen als Matrixzellen des Tumorparenchyms gelten liefs, überhaupt solche Tumoren, bei denen zwar das Verhältnis von Parenchym und Stroma ein ähnliches war wie bei den epithelialen Krebsen, bei denen aber ein Zusammenhang des Tumorparenchyms mit epithelialen Organteilen nicht nachgewiesen werden konnte und bei denen die Parenchymzellen bezüglich der Morphologie des einzelnen Zellindividuums und bezüglich der Anordnung von den Parenchymzellen der echten epithelialen Krebse gewisse Abweichungen zeigten. Epitheloide, epithelähnliche Zellen bilden das Parenchym der fraglichen Geschwülste, womit nun gut übereinstimmt, dafs die Endothelzellen bei entzündlichen Prozessen, bei der Neubildung von Gefäfsen gröfser und heller, also epithelähnlich werden. Weiter ist für die spätere Entwicklung der Lehre von den Endotheliomen von Wichtigkeit, dafs die Gegner der Metaplasielehre, also THIERSCH u. a., ihre Auffassung in allererster Linie durch den Nachweis eines kontinuierlichen Überganges des normalen Epithels in die Tumormasse des Krebses stützten; daraus ergab sich, dafs Tumoren, bei denen Tumormasse und sicheres Epithel kontinuierlich zusammenhingen, als echte Krebse, solche, bei denen der Nachweis dieses Zusammenhanges nicht möglich war, als Endothelkrebse aufzufassen waren. Wenn man bedenkt, dafs das Zugeständnis der epithelialen Genese des Krebses den Anhängern der VIRCHOWschen Lehre hauptsächlich auf Grund des Nachweises des kontinuierlichen Zusammenhanges der Tumormasse und des Epithels abgerungen wurde, versteht man, warum einerseits beim Nachweis der epithelialen Genese eines Tumors bis in die neueste Zeit auf den Zusammenhang von Tumormasse und Epithel so grofses Gewicht gelegt wird und warum andererseits das Fehlen eines solchen Zusammenhanges auch heute noch vielfach mit so grofsem Nachdruck gegen die epitheliale Genese einer fraglichen Tumorzellmasse verwertet wird.

Nachdem man sich nun dahin geeinigt hatte, dafs einige Krebse, die echten Epithelkrebse, durch tumormäfsige Wucherung epithelialer Organteile entstünden, andere, die Endothelkrebse oder Endotheliome, durch Wucherung von Endothelzellen, war man gezwungen, die Stellung der letztgenannten Tumoren den Sarkomen gegenüber zu präzisieren. Namentlich war das mit Entwicklung der Keimblattlehre notwendig. Man sagte sich, dafs mit Rücksicht auf die histogenetische Verwandtschaft der Endothelien und der gewöhnlichen Bindegewebszellen zwischen Endotheliomen und Sarkomen eine nahe Verwandtschaft bestehen müsse und fand denn auch, dafs in eben denselben Tumoren, welche stellenweise durchaus krebsig gebaut waren, an anderen Stellen eine ausgesprochene Ähnlichkeit mit den Bildern der Sarkome zutage trat, namentlich fand man Tumoren, bei welchen die als Abkömmlinge von Endothelzellen aufgefafsten Tumorzellen ausgesprochen perivaskulär um die reichlich vorhandenen Gefäfse angeordnet

waren, und für diese schlug WALDEYER den Namen Angiosarkom vor: andere Exemplare der fraglichen Tumoren wurden als Endothelsarkome, wieder andere, unter Betonung gewisser degenerativer Vorgänge im Stroma, als Chondro-Myxosarkome, wieder andere als Carcinoma sarcomatosum usw. bezeichnet. Mit Rücksicht aber darauf, daſs die gedachten Tumoren, wie schon erwähnt, in ihrem Aufbau doch sehr an die echten epithelialen Krebse erinnerten, sich von den Sarkomen somit auch unterschieden, war es nicht gut möglich, den Begriff des Endothelioms ganz in dem des Sarkoms aufgehen zu lassen, wie wohl auch vorgeschlagen und für gewisse Exemplare unserer Tumoren auch vielfach akzeptiert wurde, und so blieb der Begriff des Endothelioms als einer besonderen, wohlcharakterisierten, eine Mittelstellung zwischen epithelialen und bindegewebigen Neubildungen einnehmenden Geschwulstart bestehen. Daſs man sich beim Abgrenzen der Endotheliome gegenüber den als epithelial erkannten Carcinomen einerseits und gegen die Sarkome andererseits nicht nur mit dem Feststellen grobanatomischer Differenzen begnügte, wie nach dem bisher Gesagten scheinen könnte, ist wohl selbstverständlich. Man zog im Gegenteil jeden Vorteil, den die Fortschritte der mikroskopischen Technik und die Vergröſserung des kasuistischen Materials mit sich brachten, heran, um die Endotheliome gegen die Sarkome und namentlich in etwas späterer Zeit gegen die Carcinome gut zu umschreiben und als besondere Geschwulstgattung aufrecht zu erhalten; denn es hat eigentlich nie an Angriffen gegen die Aufstellung einer besonderen Geschwulstgattung als „Endotheliome“ gefehlt. Man zog auch das klinische Verhalten der Tumoren in Rechnung. Es stellte sich heraus, daſs die als Endotheliom gedeuteten Tumoren vielfach, wenn auch durchaus nicht immer, klinisch weniger bösartig verliefen als die Epithelkrebse, und es dauerte nicht lange, so fand man auch exquisit gutartige Tumoren, die man als Endotheliome auffassen zu können glaubte.

Wenn uns im folgenden die „endothelialen“ Tumoren der Haut in erster Linie beschäftigen werden, so wird es doch manchmal angezeigt sein, auch auf die in anderen Organen beobachteten „Endotheliome“ etwas einzugehen, da manche dieser Tumoren für die richtige Beurteilung der Hauttumoren von Wichtigkeit sind und andererseits auch wieder die Befunde an Hauttumoren auf Geschwülste anderer Organe gerade mit Rücksicht auf die Endotheliomfrage ein Licht werfen. Die Endotheliomfrage ist aber, um das gleich gebührend hervorzuheben, nicht nur etwa insofern von Wichtigkeit, als es sich darum handelt, gewisse Tumoren richtig zu definieren, sondern sie ist für die Entscheidung über gewisse Grundbegriffe der Histopathologie von allergröſster Bedeutung.

Ausschlieſslich mit Rücksicht auf die Einfachheit der Darstellung teile ich die als Endotheliome aufgefaſsten Hauttumoren in drei Gruppen:

1. Die weichen Naevi, 2. das Lymphangioma tuberosum multiplex = Syringocystadenom usw. und 3. diejenigen Tumoren, die bei den Autoren speziell als „Endotheliome“ fungieren. Dafs, vom rein histogenetischen Standpunkt aus betrachtet, die Tumoren der drei Gruppen möglicherweise identisch sind, bleibe zunächst unberücksichtigt. Es kommt mir nur darauf an, im Sinne der Autoren und namentlich auch der Kliniker eine Gruppierung des zu behandelnden Stoffes vorzunehmen. Wollte ich nur von „Endotheliomen“ im allgemeinen sprechen, würden sich grobe Mifsverständnisse schon dadurch ergeben, dafs manche Autoren z. B. die weichen Naevi für eine endotheliale, das Syringocystadenom aber für eine epitheliale Geschwulst erklären, gar nicht zu reden von den Fällen der dritten Gruppe, die ebenfalls sehr verschieden beurteilt worden sind und bei denen wir auf einige Fälle speziell werden eingehen müssen. Die Bezeichnungen „Epitheliom“ und „epitheliale Geschwulst“ sind im folgenden in ihrer weitesten Bedeutung aufgefafst. Ein „Epitheliom“ ist also im folgenden jede Geschwulst, deren Parenchymzellen als direkte Abkömmlinge echter Epithelzellen zu deuten sind, wobei der feinere Bau des Tumors, die Art des Wachstums, das klinische Verhalten ganz unberücksichtigt bleiben.

## Die weichen Naevi.

Die weichen Naevi interessieren uns hier nur insofern, als die von Demieville (1880) zuerst genauer gewürdigten, in Haufen, Strängen und vereinzelt im Corium nachweisbaren, durch gewisse morphologische Merkmale ausgezeichneten Zellen, die „Naevuszellen“, von manchen Autoren als Abkömmlinge von Endothelzellen gedeutet und somit diese Naevi als endotheliale Tumoren aufgefafst wurden. Demieville hielt die Endothelzellen der Blutkapillaren für die Matrixzellen der Naevuszellen, weil er in den Zellsträngen gelegentlich ein mit Blutresten gefülltes Lumen nachweisen zu können glaubte und die strangförmige Anordnung ja auch zu dieser Auffassung pafste. Die Naevuszellstränge entstanden also nach Demieville durch Wucherung der Endothelzellen, Vergröfserung der einzelnen Zelle, Verschlufs des Kapillarlumens. Die Haufen waren Querschnitte solcher Stränge. v. Recklinghausen (1882) vermifste den von Demieville betonten Befund von Blutresten in den Zellsträngen und erklärte, per exclusionem vorgehend, die Naevuszellen für Abkömmlinge der Lymphgefäfsendothelien. Hierbei ist zu berücksichtigen, dafs nach der damals allgemein herrschenden Auffassung vom Wachstum der Tumoren die Entwicklung der Naevuszellen aus Endothelien in der Weise vorzustellen war, dafs in einem bestimmten Hautterritorium die Endothelzellen einiger Gefäfse durch Vergröfserung einzelner Zellindividuen und Wucherung sich in Naevuszellen umwandelten. Da die Endothelzellen als

den übrigen Bindegewebszellen nahestehende Mesodermzellen aufgefafst wurden, ergab sich für die weichen Naevi eine Verwandtschaft mit den Angiomen einerseits, den Fibromen andererseits. v. RECKLINGHAUSEN bezeichnet sie als Lymphangiofibrome, womit aber, wenn wir das histogenetische Moment betonen, Endotheliom gemeint ist. ALEXANDRA BOGOLINBSKY (1887) und v. PLANNER (1887) schlossen sich DEMIEVILLE an, doch blieb v. RECKLINGHAUSENS Auffassung wohl die herrschende und wird noch bis in die jüngste Zeit stellenweise propagiert (ZIEGLER 1905). Die in manchen Fällen aus weichen Naevis hervorgehenden destruktiv wachsenden und Metastasen bildenden Tumoren bezeichnete man als Sarkome, und zwar mit Rücksicht auf den Pigmentgehalt als Melanosarkome, wobei man hervorhob, dafs diese Sarkome aus grofsen runden oder spindelförmigen Zellen zusammengesetzt seien und vielfach einen alveolären Bau zeigten, ähnlich dem der epithelialen Geschwülste, der Krebse. Bei dieser Auffassung konnte das Melanocarcinom VIRCHOWS auch in dessen Sinne als ein aus bindegewebigen Zellen hervorgehender Krebs Geltung behalten, es wurde nur der Name geändert. Gegen die Auffassung des Naevus als Endotheliom trat nun UNNA (1893) auf, mit der Behauptung, die Naevuszellen seien Abkömmlinge echter Epithelien; er stützte sich hierbei auf die an Naevis Neugeborener und Kinder zu erhebenden Befunde. Obgleich UNNA in seiner Histopathologie (1894) seine Ansicht sehr genau darlegte, fand er zunächst wenig Anhänger, hauptsächlich wohl, weil man anstatt UNNAS Untersuchungen an dem von UNNA ausdrücklich empfohlenen Material, nämlich an Naevis Neugeborener, nachzuprüfen, beliebige Naevi von erwachsenen Individuen untersuchte, bei denen die Verhältnisse, wie UNNA auch angegeben hatte, nicht mehr eindeutig sind. Ich hebe das besonders deshalb hervor, weil, wie wir weiter unten sehen werden, es nicht nur für die Beurteilung der Histogenese des weichen Naevi, sondern auch für die richtige Deutung aller anderen als „Endotheliome“ aufgefafsten Tumoren von allergröfster Wichtigkeit ist, ein entsprechendes eindeutiges Untersuchungsmaterial zum Ausgangspunkt seiner Untersuchungen zu wählen. Denn bei den Naevis sowohl wie bei den später zu besprechenden „Endotheliomen“ *κατ εξοχην* sind die Übergänge von solchen Exemplaren, bei denen an der epithelialen Genese der Tumorzellen kein Zweifel sein kann, zu solchen, wo die Beurteilung der Histogenese schwierig ist, und endlich zu solchen, wo man zunächst an alles andere eher denkt als an eine epitheliale Geschwulst, ganz fliefsende.

Dadurch erklärt sich ja auch die sehr verschiedenartige Beurteilung, die solche Tumoren gefunden haben, und es ist bezeichnend gerade für die Endotheliome, dafs sie mit so verschiedenen Namen belegt worden sind. Beim Syringocystadenom zähle ich 14 Synonyma und die Endotheliome *κατ εξοχην* sind auch unter sehr zahlreichen verschiedenen Bezeichnungen beschrieben worden. Dafs man den weichen Naevis

relativ so wenig verschiedene Bezeichnungen gegeben hat, liegt wohl hauptsächlich daran, dafs man sich bei der Namengebung hier mehr an das feststehende klinische Bild, als an Deutungen mikroskopischer Befunde hielt.

Trotz des anfänglich heftigen Widerspruchs hat sich UNNAS Auffassung des weichen Naevi im Laufe der Jahre immer mehr und mehr Anhänger erworben, welche ihm teils unbedingt folgen, teils in Detailfragen zwar abweichen, aber doch den Hauptpunkt der UNNAschen Lehre, nämlich die epitheliale Genese der Naevuszellen, annehmen. Als abgeschlossen ist die Naevusfrage zwar heute auch noch nicht anzusehen, denn noch 1908 spricht sich KYRLE für eine mesodermale Genese der Naevuszellen aus. Doch läfst KYRLE die Frage, von welchen Zellen des Mesoderm die Naevuszellen abstammen, ganz offen. Sehen wir uns die Argumente, welche KYRLE gegen die epitheliale Genese anführt, genauer an, so finden wir, dafs es die gleichen sind, die auch die früheren Autoren, z. B. BAUER, RIECKE u. a., ins Feld führten. Es wird die Diagnose eines bindegewebigen Tumors gestellt per exclusionem. Die Naevuszellen stammten nicht vom Epithel, sagt KYRLE, woher sie aber stammen, vermag er nicht anzugeben. Demgegenüber steht nun der jetzt schon nicht mehr von UNNA allein, sondern nach ihm auch von DELBANCO (1896), KROMAYER (1896 und 97), HODARA (1897), TAILHEFER (1897), SCHEUBER (1898), GILCHRIST, FOSTER, WÄLSCH (1899), AUDRY, MARCHAND, SCHALEK, WHITEFIELD (1900), ABESSER, HERMANN, JUDALEWITSCH, RAVOGLI, LARRAS (1901), KROMPECHER und BECK, KROMPECHER (1903), MIGLIORINI (1904), DALLA FAVERA (1908) geführte Nachweis, dafs man an zahlreichen Naevis, insbesondere von Kindern und Neugeborenen, aber in geeigneten Fällen auch bei Erwachsenen die Entstehung der Naevuszellen aus epithelialen Elementen der Haut verfolgen kann. Auch WALDEYER und KÖLLIKER erkannten die Beweiskraft der Präparate UNNAS schon 1897 an. Da v. RECKLINGHAUSEN, BAUER sowie überhaupt alle Autoren, welche die Naevuszellen von Endothelzellen ableiten, zu ihrer Diagnose „endothelialer Tumor“ nur per exclusionem kommen, so ist ihre Auffassung in dem Moment als widerlegt anzusehen, wo der direkte Nachweis des epithelialen Ausgangspunktes erbracht wird. Dieser direkte Nachweis liegt nunmehr vor, ist von zahlreichen Untersuchern beigebracht und es ist somit die allgemeine Anerkennung der weichen Naevi als Epitheliome wohl nur noch eine Frage der Zeit. Dafs damit die Untersuchung der weichen Naevi nicht abgeschlossen ist, ist wohl selbstverständlich und ergibt sich schon daraus, dafs auch diejenigen Autoren, welche mit UNNA die epitheliale Genese der Naevuszellen verfechten, in zahlreichen und sehr bedeutungsvollen Detailfragen von UNNA und auch untereinander abweichen. Darauf näher einzugehen ist hier nicht meine Aufgabe. Mich interessieren an dieser Stelle die weichen Naevi nur insofern, als man sie als Endotheliome aufgefafst hat. Ich

möchte daher nur feststellen, dafs seit 1899 sich keine Stimme für die Auffassung der Naevi als Endotheliome erhoben hat, denn die Äufserung JOSEPHS (1903) bezieht sich auf den 1899 von LÖWENBACH veröffentlichten Fall, aus welchem übrigens weder JOSEPH noch LÖWENBACH verallgemeinernde Schlüsse ziehen.[1] Gegen den vermittelnden Standpunkt JOSEPHS, den auch MÖLLER, WIETING und HAMDI und einige andere teilen, läfst sich aber geltend machen, dafs man ja auch in solchen Naevis, an deren epithelialer Natur kein Zweifel sein kann und die auch JOSEPH als epitheliale Tumoren anerkennt, stellenweise und namentlich in den tieferen Partien des Corium auf Befunde stöfst, die man für die endotheliale Auffassung verwerten könnte. In Anbetracht der unmerklichen Übergänge, die zwischen den sicher epithelialen Zellen und den zunächst zweideutigen vorhanden sind, liegt es aber wohl näher, einen einheitlichen Ursprung der Naevuszellen anzunehmen. Fehlen nun bei einem Exemplar die für die epitheliale Genese beweisenden Bilder, so ist man auf Grund des Vergleiches eines solchen scheinbar bindegewebigen oder endothelialen Naevus mit anderen Fällen doch wohl auch schliefslich gezwungen, auch für solche Naevi die Epitheliomnatur anzunehmen.

### Syringocystadenom = Lymphangioma tuberosum multiplex = Naevi cystepitheliomatosi disseminati usw.

Über diese kleinen Tumoren ist es nicht mehr nötig, viel Worte zu zu verlieren, sofern es einem, wie mir, nur darauf ankommt, festzustellen, ob man berechtigt ist, diese Tumoren als Endotheliome zu bezeichnen (JARISCH, KROMAYER anfänglich) oder nicht. Seit 1902 v. WALDHEIM noch den letzten Versuch machte, gegen GASSMANN (1901) die endotheliale Genese der die Schläuche und Stränge bildenden und die Cysten auskleidenden Zellen zu verteidigen, hat sich kein Untersucher mehr für die endotheliale Genese dieser Zellen ausgesprochen. Seit es in einigen Fällen gelang, den kontinuierlichen Zusammenhang der Cystenwandzellen mit Schweifsdrüsenausführungsgängen nachzuweisen, mufsten ja auch die letzten Zweifel verstummen. Ich möchte nur, weil es für die mich hier interessierende Frage von besonderer Wichtigkeit ist, darauf hinweisen, dafs in einer Reihe von Fällen, trotz sorgfältigster Untersuchung, der Nachweis eines kontinuierlichen Zusammenhanges der Schläuche und Cysten mit Schweifsdrüsenausführungsgängen nicht gelungen ist, so dafs man für solche Fälle eine frühzeitige Entwicklungsstörung zur Erklärung heranziehen mufs. Es gibt also auch hier, geradeso wie bei den weichen Naevis, Fälle, die

[1] Anmerkung bei der Korrektur. Wie ich nachträglich bemerke, tritt noch SCHÜTZ (1902) energisch für die endotheliale Genese der Naevuszellen ein. Neue Argumente werden nicht beigebracht und der Autor erwähnt ausdrücklich, er habe Naevi Neugeborener nicht untersuchen können.

zunächst zweideutig sind und bei denen die präzise Diagnose „Epitheliom“ nur auf Grund einer vergleichenden Untersuchung möglich ist. Wie bei allen sog. Endotheliomen gibt es auch hier Fälle, bei denen die mikroskopischen Bilder zunächst nicht nur nicht für eine epitheliale Genese der Tumorzellen, sondern scheinbar direkt dagegen sprechen. Man findet Cysten und Gänge, die mit einer einzigen Lage flacher, protoplasmaarmer Zellen ausgekleidet sind und die von erweiterten Lymphkapillaren oder auch Blutkapillaren eigentlich nicht zu unterscheiden sind. Sieht man nun in diesen Bildern die Repräsentanten der Grundformen der Neubildung, so kommt man leicht zu falschen Schlüssen. In anderen Fällen ist die epitheliale Natur dieser Tumoren ohne weiteres das Näherliegende; es sind das die Fälle, bei denen solide Zellkomplexe und Cysten mit mehrschichtigem Zellbelag gegenüber den ganz dünnwandigen Gängen prävalieren. Die auf Veranlassung JADASSOHNS entstandenen Arbeiten von GASSMANN (1901) und MAX WINKLER (1903 und 1907) sind in der Frage des Syringocystadenoms ausschlaggebend gewesen. Vorher haben sich für die epitheliale Genese ausgesprochen JACQUET und DARIER (1887), TÖRÖK-UNNA (1889), QUINQUAUD (1889), PHILIPPSON (1891), UNNA (1894), KROMAYER (1895), BERNARD (1897), BLASCHKO (1898), J. NEUMANN (1900), nachher CSILLAG (1904), FIOCCO (1904), WHITE (1906), HEIDINGSFELD, DOHI (1907), endlich STOCKMANN (1908). Als „Endotheliome“ sind die in Rede stehenden Tumoren wohl abgetan; zu dem Schluſs kommen auch B. FISCHER und ZIELER in einem Sammelreferat (1906). Wie wir sehen werden, ist die Feststellung der Epitheliomnatur des Syringocystadenoms von nicht geringer Bedeutung für die Beurteilung der „Endotheliome“ im allgemeinen, denn das Studium des Syringocystadenoms hat gelehrt, daſs es epitheliale Tumoren der Haut gibt, welche durch das Vorhandensein von Zellsträngen, Schläuchen und Cysten im Corium von im Detail vielfach wechselndem Aussehen charakterisiert sind und bei welchen nicht bei jedem einzelnen Fall der Nachweis eines kontinuierlichen Zusammenhanges der Tumorzellen mit epithelialen Bestandteilen der Haut gelingt, und hat ferner gelehrt, daſs Zellen zweifellos epithelialer Herkunft sich als Wandbekleidung von Spalten anordnen können und dabei so endothelgleich werden können, daſs es an vielen Stellen der Präparate absolut unmöglich ist, zu entscheiden, ob man ein Gefäſs oder einen mit Epithel ausgekleideten Gang vor sich hat. Epitheliale Zellen können also sowohl bezüglich der Form der einzelnen Zellen, als auch bezüglich der Anordnung, bezüglich des Verhaltens der Zellen zueinander oder zur bindegewebigen Gerüstsubstanz durchaus endothelgleich werden. Das ist eine noch immer nicht genügend gewürdigte Tatsache von groſser Bedeutung, auch wenn man an sie nicht die Konsequenzen knüpft wie KROMAYER, der die Befunde beim Syringocystadenom ebenfalls als Stütze seiner Desmoplasielehre heranzieht.

## Die speziell als „Endotheliome" der Haut bezeichneten Tumoren.

Während ich über die Naevi und das Syringocystadenom mit kurzen Bemerkungen hinweggehen konnte, da es sich um Geschwülste handelt, die schon oft in unseren dermatologischen Fachzeitschriften besprochen wurden, wird ein genaueres Eingehen auf die nun zu besprechenden Tumoren notwendig sein, da sich die Diskussion über diese Geschwülste vielfach in chirurgischen und anatomopathologischen Zeitschriften abgespielt hat und es auch notwendig sein wird, neben den „Endotheliomen" der Haut auch die anderer Organe etwas zu berücksichtigen. Auch hier wird es sich empfehlen, auf theoretische Erörterungen zu verzichten und sich die Abbildungen bei Braun (1892), Spiegler (1899), Haslund (1906) und F. Juliusberg (1908) anzusehen. Aufserdem liegen noch einige als „Endotheliome" bezeichnete Fälle vor (Riehl, Mulert, Toyosumi u. a.). Die Fälle Brauns sind von Krompecher als Epitheliome erkannt worden, ebenso haben sich über die Fälle Spieglers und Mulerts mehrere Autoren wie z. B. Krompecher, Borrmann, Dubreuilh und Auché, Polland dahin geäufsert, dafs diese Fälle nichts anderes darstellen als Epitheliome vom Typus der Basalzellenkrebse oder Coriumcarcinome. Braun sowohl wie Spiegler hatten die Diagnose Endotheliom im wesentlichen darauf gestützt, dafs in ihren Fällen ein Zusammenhang der Tumorzellen mit der Epidermis oder deren Drüsen oder Haaren nicht nachweisbar war. Nachdem nun aber Krompecher zeigte, dafs bei den Basalzellenkrebsen der Nachweis eines kontinuierlichen Zusammenhanges von Tumormasse und Epithel manchmal auch nicht gelingt, der Bau des Tumors aber identisch ist mit dem Bau solcher Tumoren, wo dieser Nachweis möglich ist, wo somit an der epithelialen Genese der Tumormassen kein Zweifel sein kann, und weiter die Identität der Basalzellenkrebse mit den Tumoren Brauns und Spieglers nachwies, schienen die „Endotheliome" der Haut erledigt (1903). Einige neuere Autoren haben aber doch wieder auf Grund von Einzelbeobachtungen versucht, den Begriff des „Endothelioms" der Haut aufrecht zu erhalten, so M. Winkler (1904), Haslund (1906), Toyosumi (1907), Fritz Juliusberg (1908). M. Winklers Fall nimmt, wenigstens scheinbar, eine Sonderstellung ein, ich gehe weiter unten kurz auf diesen Fall ein und bemerke nur, dafs Coenen (1905) sich bezüglich der Endotheliome der Haut Krompecher anschliefst, ebenso wie auch Borrmann (1904) und Ribbert (1904), wenn diese Autoren auch in manchen Detailfragen Krompecher nicht folgen. In der Auffassung der „Endotheliome" als Epitheliome herrscht Übereinstimmung und darauf kommt es ja zunächst an. — Da Toyosumi seinen als cystisches Lymphangioendothelioma papilliferum der Bauchwand bezeichneten Tumor prinzipiell mit den Fällen Brauns identifiziert, so erübrigt sich eine genauere Besprechung, da die Fälle Brauns sich ja als

Epitheliome erwiesen haben. Auch über den Fall Haslunds wären nicht viel Worte zu verlieren, wenn nicht Juliusberg den Fall Haslunds anders gedeutet hätte, als Haslund selbst dies getan.

An der Hand der Abbildungen, welche den Arbeiten Brauns und den Arbeiten der anderen Autoren beigegeben sind, kann sich auch der unserem Gegenstand Fernerstehende ein Bild von den Befunden machen, welche den betreffenden Autoren vorlagen. Das Wesentliche der Befunde läfst sich dahin zusammenfassen, dafs das Tumorparenchym von Zellsträngen, Zellbändern, Zellschläuchen gebildet wird, deren einzelne Elemente morphologisch Epithelzellen sowohl wie aber auch Endothelzellen ähneln. Da diese Zellen vielfach in einer kontinuierlichen Schicht Hohlräume und Spalten in einer einfachen Lage auskleiden, andererseits ein Zusammenhang der Zellstränge mit epithelialen Gebilden nicht nachweisbar ist, wird trotz der Epithelähnlichkeit der Zellen per exclusionem die Diagnose „Endotheliom“ gestellt, wobei angenommen wird, die Hohlräume und Spalten seien erweiterte oder auch nicht erweiterte Lymphspalten, die sie in einfacher Lage begrenzenden Zellen somit Endothelzellen.

Auf die beiden bisher unwiderlegten Fälle von Haslund und Juliusberg mufs ich nun näher eingehen, weil Juliusberg die Sachlage anders auffafst wie ich. Juliusberg stimmt mit Krompecher, Bormann u. a. vollkommen darin überein, dafs die Fälle Brauns, Spieglers, Mulerts usw., kurz alle bisher als „Endotheliome“ bezeichneten Fälle entweder nichts anderes waren als Basalzellenkrebse oder mangels genügender Beschreibung unverwertbar, also unbeurteilbar sind, erklärt dann aber den Fall Haslunds sowie seinen eigenen für Tumoren, die von den Fällen Spieglers z. B. verschieden seien. Was zunächst den Fall Haslunds anbetrifft, so ist zu bemerken, dafs Haslund selbst seinen Fall mit denen Spieglers identifizierte. Die Arbeiten Krompechers und Borrmanns scheint Haslund nicht zu kennen; er betrachtet die Fälle Spieglers als unangefochtene „Endotheliome“ und stellt in seinem Fall auf Grund der supponierten Identität die Diagnose „Endotheliom“ und versucht sie aufserdem durch die üblichen Argumente zu begründen. Ich stimme Haslund durchaus bei, wenn er seinen Fall den Fällen Spieglers angliedert, halte aber dementsprechend Haslunds Tumor ebenso für ein Epitheliom, wie ich von der Epitheliomnatur der Fälle Spieglers überzeugt bin. Wenn nun Juliusberg entgegen Haslunds eigener Auffassung dessen Fall für different von den Fällen Spieglers erklärt, so ist zunächst zu fragen, woraufhin Juliusberg das tut. Genauere Angaben macht Juliusberg diesbezüglich nicht, er sagt nur, Haslund sei nach seiner (Juliusbergs) Ansicht der Nachweis gelungen, dafs die Tumorzellen tatsächlich von Endothelien stammen. Es sind also wohl die angeblich direkt für „Endotheliom“ sprechenden Momente beim Tumor Haslunds, welche Juliusberg veranlassen, in Haslunds

Tumor ein Endotheliom zu sehen und somit den Fall HASLUNDS von denen SPIEGLERS, bei welchen es sich, wie erwähnt, auch nach JULIUSBERGS Ansicht um Epitheliome handelte, zu trennen. Diese direkten Argumente HASLUNDS sind aber die gleichen, wie sie auch von vielen anderen Autoren zur Stütze der Diagnose Endotheliom, bei Tumoren der Parotisgegend z. B., angeführt wurden und wie sie durch die Arbeiten KROMPECHERS, RIBBERTS u. a. längst als widerlegt anzusehen sind. Um Wiederholungen zu vermeiden, komme ich erst weiter unten näher auf diesen Punkt zu sprechen; hier will ich nur bemerken, daſs meiner Ansicht nach die Beschreibungen SPIEGLERS und HASLUNDS in allen ausschlaggebenden Punkten übereinstimmen. Wenn SPIEGLERS Fälle klinisch gutartig, HASLUNDS Fall aber malign verlief, so ist das für die Beurteilung der Histogenese der Tumoren ganz nebensächlich. Es ist ja von den Basalzellenkrebsen bekannt, daſs sie in der Regel langsam wachsen, wenig zu Metastasen neigen, in manchen Fällen aber sich als stark destruktiv wachsend erweisen und auch metastasieren.

Die Arbeit von JULIUSBERG erfordert deshalb eine eingehendere Würdigung, weil dieser Autor sehr kritisch vorgeht und, wie erwähnt, mit den „Endotheliomen" der Haut in Übereinstimmung mit früheren Autoren so gründlich aufräumt, daſs schlieſslich, vom Falle WINKLERS abgesehen, nur zwei Fälle (HASLUND, JULIUSBERG) als gesicherte „Endotheliome" nachbleiben. Gerade so eine Arbeit, wie die JULIUSBERGS wird nur zu leicht als grundlegend angesehen. Wenn — so heiſst es — ein so kritisch vorgehender Autor nur zwei Fälle als sichere Endotheliome gelten läſst, dann ist eben für diese zwei Fälle die endotheliale Genese der Tumoren wohl über allen Zweifel erhaben. Auf Grund der Identifizierung weiterer Fälle mit diesen zweien kann dann wiederum die Diagnose Endotheliom mühelos gestellt werden. Gerade solche auf gründliches Literaturstudium gestützte kritische Arbeiten, die aber mit einer falschen Deutung schlieſsen, wie eben die JULIUSBERGS, können nicht früh genug bekämpft werden. Bis in die allerjüngste Zeit (1908) wird die Arbeit BRAUNS als Stütze der „Endotheliome" verwertet. Ähnlich könnte es mit der Arbeit JULIUSBERGS gehen.

Bei dem Tumor JULIUSBERGS waren die Tumorzellen in der Cutis in Gruppen angeordnet, die auf dem Durchschnitt als Geschwulstzellfelder erscheinen. Die Abgrenzung dieser Felder gegen die Umgebung ist eine ganz scharfe. Degenerationserscheinungen in dem konzentrisch zur Oberfläche der Tumorläppchen angeordneten Bindegewebe fehlen vollkommen. Groſse Hohlräume, welche die Läppchen umkreisen, veranlassen Herausfallen der Läppendurchschnitte bei nicht aufgeklebten Schnitten, doch ist das nach JULIUSBERG nicht als Folge der Härtung aufzufassen. Die Epidermis ist stark pigmentiert und es findet sich gruppenweise Vergröſserung der Epithelzellen über dem Tumor. Es finden sich in den

Geschwulstzellfeldern teils solide Zellzüge, teils Zellschläuche. Es handelt sich um rundliche Stränge, die aus epithelähnlichen Zellen zusammengesetzt sind. Die Zellen sind im Innern der Zellzüge unregelmäfsig angeordnet, in der Peripherie radiär gestellt. Intercellularbrücken oder Keratohyalin sind in den Zellen nirgends nachweisbar. Die Zellschläuche sind zahlreicher als die soliden Zellstränge. Die Wandbekleidung der Schläuche besteht vielfach nur aus einer Zellage, an anderen Stellen aus mehreren Lagen von Zellen. Die Geschwulstzellzüge zeigen stellenweise Einschnürungen, an anderen variköse Anschwellung. „Das Netz der Geschwulstzellzüge zeigt eine nach dem Zentrum hin zunehmende Verjüngung." Die Peripherie vieler Läppchen umziehen Hohlräume, die Juliusberg als „Randsinus" bezeichnet. Die „Randsinus" sind nach Juliusberg von einer exquisit endothelialen Zellage umgeben. „Die Zellzüge aus dem Tumorfeld münden hier unmittelbar in den zugehörigen Randsinus hinein." Ein Zusammenhang der Tumormasse mit der Epidermis oder Drüsen oder Haaren ist nicht nachweisbar. Juliusberg sagt nun, sein Tumor habe manche Eigenschaften mit den Coriumcarcinomen Borrmanns gemein, es sei also zunächst fraglich, woher die Tumorzellen stammen, dann fährt aber Juliusberg fort: „wohl aber sind hier zwei Momente zu nennen, die positiv für die endothelial-lymphiangiomatöse Natur der Bilder sprechen: erstens die Grundform der Schläuche und der unmittelbare Zusammenhang dieser Grundformen mit den dickwandigen Röhren und dann mit den soliden Strängen und zweitens die äufsere Form bezw. die Kontur vieler Schläuche und Stränge. Was den ersten Punkt betrifft, so ist mit Sicherheit festzustellen, dafs eine Reihe der dünnwandigen Schläuche eine einfache endotheliale Auskleidung hat, bei nicht erweiterten Lumen, denn es handelt sich um schmale Gänge. Diese sind die Grundform des ganzen Bildes". Demgegenüber ist zu fragen, woher denn Juliusberg weifs, dafs die dünnwandigen Schläuche die Grundform des ganzen Bildes darstellen und wodurch sichergestellt ist, dafs die Auskleidung der Schläuche eine endotheliale ist. Juliusberg nimmt das als gegeben an, was er beweisen will. Es kommt ja doch eben gerade darauf an zu beweisen, dafs die die Schläuche bildenden Zellen wirklich Endothelzellen sind oder anders ausgedrückt, nicht Epithelzellen. Und dieser Beweis ist deshalb zu verlangen, weil wir wissen, dafs in den sicher epithelialen Basalzellenkrebsen die epithelialen Tumorzellen sehr häufig ebenfalls dünnwandige Röhren formieren, Spalten in einfacher Lage als platte Zellen auskleiden und dann von Endothelzellen einfach nicht zu unterscheiden sind. Gerade um diesen Punkt hat sich ja schliefslich immer die Diskussion bewegt und es hat sich herausgestellt, dafs unter gewissen Umständen Endothelzellen und Epithelzellen eben einfach morphologisch mit unseren heutigen Me-

thoden nicht zu unterscheiden sind. Man hat also in solchen Fällen längst nicht mehr das Recht, wenn Zellen „exquisit endothelial" aussehen und auch so wie Endothelzellen um einen Spalt angeordnet sind, diese Zellen ohne weiteres als Endothelien zu deuten, genau ebenso wenig wie man das Recht hat, sie ohne weiteres als Epithelzellen anzusprechen. Dafs nun die Zellschläuche die Grundform darstellen, ist ja auch erst zu beweisen, seit wir solche Schläuche von sicher epithelialen Tumoren her kennen und wissen, dafs solche Schläuche hier nicht die Grundform sind, sondern eine der Formen, in denen die Tumormasse sich präsentiert. Wenn im Falle JULIUSBERGS diese Form besonders ausgesprochen ist, so will das bei der Mannigfaltigkeit, mit der die verschiedenen Bilder bei den Basalzellenkrebsen sich kombinieren, gar nichts bedeuten. Dafs diese nur durch eine Lage von Zellen gebildeten Schläuche die Grundform sind, ist deshalb auch erst zu beweisen, weil man mit demselben Rechte annehmen kann, eine kompakte Zellmasse, also die Stränge in JULIUSBERGS Fall, seien die Grundform und dafs von diesen Strängen aus die Zellen in die Umgebung hineinwachsen, sich in einfacher Lage in die Spalten des Gewebes vorschieben oder auch dadurch zur Bildung von Schläuchen führen, dafs infolge einer Transsudation oder infolge sekretorischer Vorgänge in den ursprünglich soliden Strängen sich ein Lumen bildet. Wenn JULIUSBERG rein hypothetisch annehmen würde, die dünnwandigen Schläuche seien die Grundform des ganzen Bildes, so könnte man das hinnehmen, denn die Bilder sind, wenn man von allen sonstigen Beobachtungen (nämlich an Epitheliomen) absehen wollte, zunächst zweideutig, aber einfach zu behaupten, das sei die Grundform des ganzen Bildes, das geht doch nicht an, denn das mufs erst bewiesen werden, weil ja davon mit die Entscheidung der Histogenese abhängt, und zwar sehr wesentlich abhängt. JULIUSBERG deduziert nun von dieser, wie wir sehen, durchaus anfechtbaren „Grundform" ausgehend weiter: „Der zartzellige Wandbelag schichtet sich, die Zellen nehmen bei der Schichtung an Gröfse zu, bis schliefslich die soliden Stränge entstehen. Die endothelialen Gänge, die Grundformen, haben in keiner Weise das Aussehen etwa von Drüsen, sondern von Lymphgefäfsen (Lymphkapillaren) und hier kommt nun das zweite Moment, die variköse segmentierte Form nach Art eines Raupenleibes hinzu. Diese perlschnurartige Anordnung ist als Charakteristikum der aus Lymphgefäfs-Endothelien entstehenden Bildungen oft gesehen und hervorgehoben (z. B. auch bei L. PICK)." Dafs die Schläuche nicht an Drüsenschläuche erinnern, will gar nichts sagen, denn genau die gleichen an Drüsenschläuche nicht erinnernden Röhren findet man auch in Basalzellenkrebsen. Auch dort kommt es, wie schon oben erwähnt, zur Bildung von Schläuchen, die man, wenn man will, als Lymphkapillaren deuten kann, denn das mikroskopische Bild ist das gleiche. Die varikös perl-

schnurartige Form beweist aber schon gar nichts für die Endothelnatur der Zellen, und wenn dann JULIUSBERG gar andere „Endotheliome" zur Stütze heranzieht, wo solche Bildungen beobachtet wurden, so ist dem nur entgegenzuhalten, daſs ein einwandsfreier Fall von „Endotheliom" ja noch gar nicht vorliegt, man also auch zurzeit nicht berechtigt ist, zur Diagnose das zu verwerten, was andere an angeblichen Endotheliomen beobachtet haben. „Die beschriebenen cystischen Räume in den Feldern erklären sich leicht als Folgen der Stauungsdilatation, sie haben gleichfalls eine sehr unregelmäſsige sinuöse Form und zeigen einmündende Schläuche und Stränge. Dazu kommt noch ein drittes Moment, das für die Genese des ganzen zelligen Parenchyms der Felder aus Lymphgefäſsendothelien spricht und das in seiner Morphologie diese Entstehung an sich auch wieder gut demonstriert. Es sind dies die groſsen als Randsinus bezeichneten Räume an der Peripherie der Felder, jene ausführlich beschriebenen kappenartig aufsitzenden Lakunen, die teilweise einen sehr groſsen Teil der Oberfläche der Geschwulstalveolen überdecken. Sie stehen mit der Umgebung in keinem Zusammenhang, wohl aber in inniger Beziehung zu den Geschwulstläppchen, deren Schläuche und Stränge direkt an der konkaven Seite in sie einmünden. — Es besteht meines Erachtens keine Möglichkeit, diese Bildungen plausibel anders zu erklären wie als Lymphgefäſse." Demgegenüber brauche ich nur zu bemerken, daſs, wie aus den Arbeiten von KROMPECHER und anderen Autoren hervorgeht, Hohlräume der verschiedenartigsten Form und in verschiedenartigster Anordnung und Ausdehnung in Basalzellenkrebsen vorkommen und sich hinsichtlich ihrer Entstehungsweise sehr verschieden deuten lassen. Hohlräume entstehen teils infolge von Degeneration der Tumorparenchymzellen, teils infolge von Sekretionsvorgängen, die sich an den Tumorzellen abspielen, teils infolge eines Auseinanderweichens der Zellen bei der Härtung, wobei infolge der innigen Beziehung der Tumorzellen zum Bindegewebe eine Spaltbildung gerade in der Weise erfolgen kann, wie in JULIUSBERGS Fall, so nämlich, daſs die dem Bindegewebe unmittelbar anliegende Zellage am Bindegewebe haftet und sich bei der Härtung von den übrigen Tumorzellen, nicht aber vom Bindegewebe entfernt. Auch durch degenerative Vorgänge im Stroma entstehen Hohlräume und auch dadurch, daſs die epithelialen Zellen in einfacher Lage in Bindegewebsspalten hineinwachsen und bei der Härtung an der bindegewebigen Wand des Spaltes, der am gehärteten Präparat viel weiter erscheinen kann als er in vivo war, haften. Auf welche Weise sich die Hohlräume in dem von JULIUSBERG untersuchten Tumor erklären, das ist eine Detailfrage, aber nichts zwingt uns anzunehmen, daſs es gewiſs Lymphräume sind und nicht etwa etwas anderes. Ich komme also zu dem Schluſs, daſs JULIUSBERG erstens weder direkt den Nachweis geführt hat, daſs die Tumorzellen in seinem Fall von Endothelzellen stammen,

noch auch zweitens nachgewiesen hat, dafs sein Tumor prinzipiell von den Basalzellenkrebsen abweicht. Mir scheint bei dem Tumor JULIUSBERGS die Diagnose „Epitheliom zur Gruppe der Basalzellenkrebse oder Coriumcarcinome gehörend" viel plausibler als die Diagnose „Endotheliom". Meine Diagnose — nämlich Epitheliom — stützt sich auf die Analogien des JULIUSBERGschen Tumors mit den bekannten Bildern KROMPECHERS, auf die Beschreibungen KROMPECHERS und seiner Nachfolger, endlich auf einige Beobachtungen namentlich an sog. Mischgeschwülsten der Parotisgegend, in denen man noch exquisitere „Endotheliombilder" findet als in der Regel in den Basalzellentumoren der Haut. Ich bin nicht in der Lage auch nur einen einzigen prinzipiellen Unterschied im Aufbau der Basalzellentumoren und des Tumors von JULIUSBERG zu finden. JULIUSBERGS Fall ist somit ebensowenig wie alle früher von anderen Autoren beschriebenen „Endotheliome" einwandsfrei und somit auch nicht geeignet als Stütze der Diagnose „Endotheliom" zu dienen in Fällen, die späteren Untersuchern zur Beobachtung kommen. Um der Verwendung des JULIUSBERGschen Falles als Stütze weiterer „Endotheliome" nach Möglichkeit vorzubeugen habe ich mich bei diesem Fall so lange aufgehalten.

(Fortsetzung folgt.)

---

## État dégénéré.[1] (Zur Klinik der Parasyphilis.)

Von

Dr. ERNST DELBANCO-Hamburg.

(Mit 3 Abbildungen im Text.)

Die Beobachtung des zehnjährigen Helmuth H. verdanke ich Herrn Dr. HÖNCK. An dem Knaben interessieren die ausgedehnten, wie ich annehmen möchte, trophoneurotischen Veränderungen, welche ich bei ihm als Zeichen einer Degeneration verwerten möchte. Die Photographien[2] erläutern die schriftliche Wiedergabe. Ein schwachsinniger Junge mit geringer Merkfähigkeit, verlangsamter Assoziation, minimalen Kenntnissen. Das genauere Protokoll über die Ergebnisse der von Herrn Dr. TRÖMNER angestellten Intellektprüfung gebe ich nicht hier wieder. Die inneren Organe sind gesund. Die Untersuchung der Reflexe, der Sensibilität, der Koordination ergibt keine Abweichungen. Ophthalmoskopisch

[1] Nach einer Mitteilung mit Demonstration des Patienten im Hamburger ärztlichen Verein am 2. Februar 1909.

[2] Von Herrn Dr. H. C. PLAUT gütigst aufgenommen. Die Unruhe des nervösen Kindes ist schuld, wenn die Schärfe der Bilder zu wünschen übrig läfst.

hat Herr Dr. E. Franke keinerlei Veränderungen gefunden. — Der Schädel ist abnorm grofs, er hat einen Umfang von 50 cm. Die Ohrmuschel zeigt keine Verbildung. Nur eine geringe Schwimmhautbildung zeigt sich von den bekannteren Zeichen einer Entartung, eines rudimentären Atavismus. Die gering ausgebildeten, als solche aber deutlichen Hutchinsonschen Zähne bringen mich auf die Anamnese des imbecillen Jungen. Ich erörtere diese, noch bevor ich den Status an der Hand der vor allem fesselnden Veränderungen der Kopfhaut und der Nägel zu Ende führe.

Die 32jährige Mutter ist einschliefslich der jetzt Ende des siebenten Monats befindlichen Schwangerschaft achtmal gravide geworden; von drei Männern. Das erste voreheliche Kind ist jetzt 14 Jahre alt, ein gut entwickelter, völlig normaler Junge, der ohne ernstere Krankheiten grofs geworden ist. Dieser Junge und das nach der Trennung der Ehe vor der Geburt jetzt stehende Kind entstammen zweien der drei Väter. Der dritte Vater, der Ehemann der Frau, den ich nicht zu Gesicht bekommen habe, hat die Frau sechsmal gravide gemacht. Zuerst ein Abort im dritten Monat, dann kam dieser jetzt zehn Jahre alte imbecille Helmuth, dann ein jetzt acht Jahre alter Junge, der geistig allerdings normal ist, aber eine sehr auffällige Kieferanomalie, eine Atrophie der Alveolen, welche zu einem Ausfall der Zähne führt, aufweist. Diese beiden lebenden, jetzt zehn und acht Jahre alten Knaben, sind Achtmonatskinder. Bei dem vierten Kinde wurde die Frau im sechsten Monat nach ihrer Angabe eklamptisch und mufste von dem Kinde durch eine künstliche Frühgeburt befreit werden, die dann folgenden beiden, wiederum im achten Monat zur Welt gekommenen Kinder, sind mit drei Wochen (Leistenhernie, Einklemmung) und 1½ Jahren (Darmatonie) zugrunde gegangen. — Die Anamnese führe ich mit der Notiz zu Ende, dafs die kräftige Frau keine Zeichen einer manifesten oder überstandenen Lues aufweist. Die Geschichte ihrer Schwangerschaften aber und ihrer lebenden Kinder spricht als solche, beweist geradezu eine frühere Syphilis des Ehemannes. Für mich ist allerdings die Frage einer rein paternen Vererbung der Syphilis weder für noch gegen Kassowitz entschieden. Darauf komme ich noch zurück. Es lag natürlich sehr nahe, das Blut der Mutter in unserem Fall auf die Wassermann-Brucksche Komplementbindung zu prüfen.

Die beigegebenen Photographien zeigen eine Haaranomalie, die — natürlich besser auch an dem lebenden Objekt — sofort an eine schwere und ausgebreitete Alopecia areata denken läfst, an mehrere gröfsere Herde, die konfluiert sind und jeder für sich wieder weiter laufen. Dieser Diagnose schlossen sich auch sofort Plaut und andere Herren an. Die charakteristischen Areastümpfe fehlen aber im Zentrum und an der Per-



Fig 1.

pherie der Herde. Eigentliche narbenähnliche Depressionen der Kopfhaut sind nicht vorhanden, wie man sie bei dem langen Bestande der Krankheit in diesem Falle erwarten sollte; die intelligente Mutter versichert auf das bestimmteste, dafs seit dem dritten Lebensjahr die Affektion bestehe, und dafs sich in kürzester Zeit das eigenartige jetzt bestehende Bild mit der langen „Haarbrücke" in der Längsachse der Schädeldecke entwickelt habe. Besserungen und Verschlimmerungen der Affektion sind hier offenbar auch nicht beobachtet worden. Spontanheilungen sind überdies selbst bei längerem Bestand der Krankheit im Kindesalter etwas gewöhnliches. Während somit vieles gegen die Augenblicksdiagnose der Alopecia areata spricht, möchte ich doch bei ihr verbleiben, da ich die Affektion im vorliegenden Fall keiner anderen Auffassung angliedern könnte. Für die Diagnose der Alopecia areata spricht vor allem die Konfiguration der Herde.



Fig. 2.

Sämtliche Finger und Zehen zeigen seit einem Jahre die höchst auffälligen Veränderungen der Nägel. Die Photographien berücksichtigen nur die Hände. Es handelt sich um eine Hyperkeratose des Nagelbettes mit Abhebung und Ver-

dickung der Nagelplatte. Die Nagelplatte, welche wegen ihrer Verdickung — wie stets übereinanderliegende Hornlamellen — dunkel erscheint, ist dabei brüchig geworden und bietet eine Reihe von grubigen Einkerbungen dar; stellenweise sind ganze Partien abgesplittert, so daſs das keratotisch verdickte Nagelbett entblöſst wird. Es liegt mir nur daran, die höchst interessante Veränderung sämtlicher Nägel hier zu skizzieren. Die Diagnose der Nagelerkrankungen ist mir stets besonders schwierig erschienen trotz der Fortschritte, welche wir vor allem HELLER verdanken. Für meinen Fall stehe ich nicht an, die Affektion der Onychogryphosis unterzuordnen, mir dabei der Streitpunkte und Theorien bewuſst bleibend, welche diese Nagelveränderung umgeben. Ich hätte meinen kleinen Patienten nicht genügend beobachtet, wenn ich nicht der Idee Rechnung getragen hätte, welche manchen Kollegen angesichts der Haar- und Nagelveränderungen beschleichen dürfte, der Idee einer beide auslösenden Pilzätiologie. Unser kompetenter Forscher auf diesem

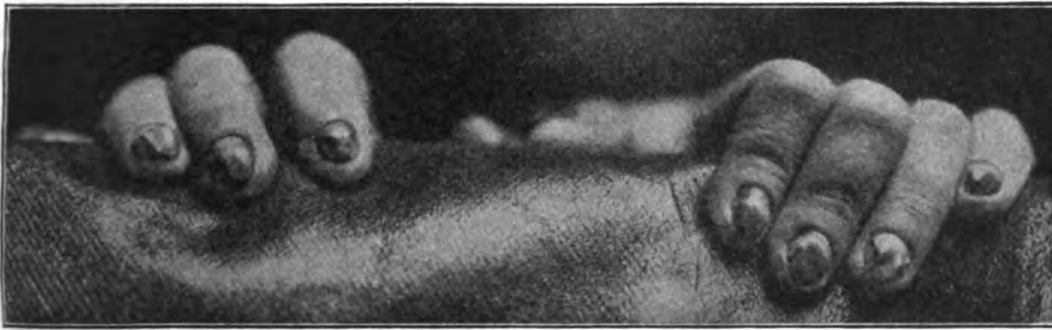


Fig. 3.

Gebiet, Herr Dr. H. C. PLAUT, hat sich auch dieser Mühe unterzogen. Die Untersuchung auf Hyphomyceten, Bakterien u. dgl. ist völlig ergebnislos verlaufen. Die Vorstellung, daſs Pilze bei diesen Dingen im Spiel sind, könnte entschuldbar werden im Hinblick auf die Tatsache, daſs auf einem in seiner Ernährung herabgesetzten Boden die Organismen leichteren Angriff haben. Allerdings liegt eine körperliche Schwäche bei dem Kinde nicht vor.[3]

Greife ich jetzt zurück auf die Diagnose einer Alopecia areata und einer Onychogryphosis, so gewinnen bei scharfer Betonung der groſsen Ausdehnung, welche in meinem Fall die beiden viel diskutierten Affektionen genommen haben, die Theorien an Boden, welche der „Trophoneurose“

[3] In HELLERS Nagelwerk (Hirschwald, Berlin 1900) findet sich übrigens nur eine Beobachtung (aus der französischen Literatur) zitiert über gleichzeitiges Vorkommen einer nicht sehr klaren Nagelveränderung — Alopecia unguenalis — neben einer Alopecia barbae non parasitaria. Differentiell-diagnostisch habe ich die HEBRAsche Hyperkeratosis subungualis abgelehnt.

nicht entraten können. Ich zögere nicht, die Ätiologie beider Erkrankungen, falls an ihrer Diagnose hier kein Zweifel herrscht, bei diesem Falle nach der Seite der unbestimmten und unbestimmbaren trophoneurotischen Einflüsse zur Diskussion zu bringen; bei diesem schwachsinnigen Jungen würden dann, wie eingangs erwähnt, die Alopecia areata und die Onychogryphosis im Ensemble aller Symptome mit aller Vorsicht als Stigmata einer Degeneration verwertbar sein.

Herr Dr. HINRICHS hat, da die Anamnese der Mutter so verdächtig ist, Mutter und Kind auf meine Bitte auf die WASSERMANN-BRUCKsche Reaktion geprüft. Beide Male mit negativem Ergebnis. Für meine Person ziehe ich aus diesem negativem Ergebnis keine Schlüsse bei diesem Falle, weder pro noch contra. Die geistvolle Entdeckung der Reaktion sollte aber zur Lösung brennender Fragen mehr herangezogen werden. Die von MATZENAUER von neuem und so eindringlich wieder zur Diskussion gestellte Frage einer rein pateren Vererbung der Syphilis drängt dazu, die scheinbar immunen Mütter stets von neuem auf die Reaktion zu prüfen.[4] Es darf hier vielleicht erwähnt werden, dafs ENGEL-REIMERS[5] sich gegen KASSOWITZ erklärt, die „immunen“ Mütter für latent syphilitisch hält und „oft genug sie nach Jahr und Tag“ von spätsyphilitischen Krankheitserscheinungen befallen gesehen hat. Da ENGEL-REIMERS Erfahrungen eigentlich nur durch mündliche Tradition fortleben, mag ein Zitat an dieser Stelle angebracht erscheinen.

Eine weitere Aufgabe erscheint mir darin gegeben, die WASSERMANNsche Reaktion in unseren Idiotenanstalten[6] zu prüfen, ohne Rücksicht darauf, ob ihre Insassen ausgesprochene heredo-syphilitische Symptome aufweisen oder nicht. Nur so gelingt es, das schwierige Gebiet der Parasyphilis fester zu umgrenzen, festzulegen, in welchem Umfange der état dégénéré mit seinem Proteusbild an Symptomen zu ihm gehört. Dafs ich meinen Fall zur Parasyphilis zähle, habe ich in der Überschrift ausgesprochen. Ich erwähne aber noch einmal ausdrücklich, dafs ich bis auf die nicht einmal stark ausgebildeten HUTCHINSONschen Zähne eigentlich spezifische Symptome an dem Kinde nicht gefunden habe.

Vor einem Jahr trat wegen Blasenbeschwerden ein 45jähriger Schutzmann in meine Behandlung. Die Diagnose war auf eine Tabes zu stellen. Vor 26 Jahren eine so gut wie nie behandelte spezifische Infektion. Der einzige Sohn bekam in den höheren Schulklassen die Zeichen einer „moralischen Minderwertigkeit“, welche so wenig erkannt wurden, dafs er

---

[4] Vergl. von einschlägigen Arbeiten ENGELMANN-Dortmund, Serodiagnostik bei Lues in der Geburtshilfe. *Zentralbl. f. Geburtsh.* 1909. Nr. 3.

[5] *„Vorlesungen“*, herausgegeben von HAHN und MAES-Hamburg, 1908. Gräfe & Sillem.

[6] in Hamburg z. B. an dem reichhaltigen Material der Alsterdorfer Anstalten.

zum Militär ausgehoben, hier zu einem gewohnheitsmäßsigen Deserteur wurde. Erst nach Verbüßsung schwerer Strafen kam man zur Einsicht, ihn in eine Irrenklinik zur Beobachtung zu bringen. Dann wurde er endlich wegen epileptischer Dämmerzustände exkulpiert. Spezifische Symptome fand ich bei dem 22jährigen Menschen nicht. Ich zweifle aber nicht, daßs seine moral insanity eine Folge der paternen Syphilis ist. Herr Dr. H. C. Plaut hat auf meine Bitte Vater und Sohn auf die Wassermann-Brucksche Reaktion geprüft. Auch wieder negative Ergebnisse. Ich glaube aber, daßs, wenn unsere Ansichten über die Bewertung der Reaktion sich nicht noch ganz ändern, die Reaktion auch ein forensisches Interesse erhalten wird gerade zur Beurteilung des état dégénéré.

---

# Versammlungen.

## Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Februar 1909.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Halle zeigt nochmals die in der Januarsitzung demonstrierte Frau, deren Diagnose zwischen Sarkoid und Syphilis geschwankt hatte. Inzwischen ist der ganze Tumor geschwunden, die Diagnose damit für **Syphilis** entschieden.

2. Dreyer demonstriert ein Dienstmädchen, welches wegen Ulcerationen an Gesicht, Händen und Unterschenkel behandelt wurde. Rachen- und Konjunktivalreflex fehlen vollkommen. Die **Geschwüre** sind als solche **auf hysterischer Basis** anzusehen; ob nur nervöse Ursachen oder Artefakte in Betracht kommen, läßst sich nicht entscheiden. Jedenfalls ist in der drei Wochen langen Beobachtungszeit kein Anhaltspunkt für die Art gefunden worden, auf die Patientin sich die Verletzungen erzeugen könnte.

3. H. Isaac demonstriert eine Frau mit **Tuberculosis verrucosa cutis** und Lupus daneben, welche die Infektion der Haut sich bei der Pflege ihres vor drei Jahren gestorbenen phthisischen Mannes zugezogen hat.

Diskussion: Blaschko findet, daßs diese Fälle auffallend gutartig verlaufen, ganz gleich, ob sie von menschlicher oder von tierischer Tuberkulose stammen. Lesser macht auf die außserordentliche Gutartigkeit der sicher von menschlichen Tuberkelbazillen stammenden Verruca necrogenica aufmerksam.

4. H. Isaac demonstriert einen jungen Mann mit einem großsen rotblauen knolligen **Tumor am Rücken,** dessen Diagnose unklar ist.

Diskussion: Blaschko hält die Geschwulst für ein Sarkom. Die Diagnose kann erst durch die tägliche Untersuchung geklärt werden. Röntgenbehandlung hat einen großsen Einflußs auf diese Art von Geschwülsten. Arndt hält die Geschwulst für ein Sarkom oder einen sarkoiden Tumor. Lesser deutet die Möglichkeit eines pseudoleukämischen Tumors an. Milz und Lymphdrüsen sind allerdings nicht vergrößsert.

5. M. Friedländer demonstriert eine Frau mit **polymorphem Erythem** und spricht über die Beziehungen einer und derselben toxischen Noxe für alle drei Blasen-

ausschläge, das blasige Erythem, die Dermatitis herpetiformis und den Pemphigus. Die Patientin hat fast gar keinen Juckreiz.

Diskussion: Rosenthal, Baum, Blaschko und Lesser sind in der Diagnose Dermatitis herpetiformis einig.

6. M. Friedländer demonstriert eine Frau mit **frühulceröser Lues.** Der Ehegatte hat sich im Juli infiziert und seine Syphilis nimmt einen sehr milden Verlauf. Die Frau bemerkte die Ansteckung erst im Oktober, so dafs die syphilitische Erkrankung kaum seit drei Monaten besteht.

7. Fr. Lesser demonstriert einen Knaben mit **Primäraffekt am linken oberen Augenlid** und mächtigen regionären Lymphdrüsen am Halse links.

8. Fr. Lesser demonstriert eine Frau mit **Gumma am Oberlid.**

Diskussion: Blaschko erwähnt zwei Fälle von Primäraffekt am oberen Augenlid. In dem einen trat drei Monate nach der ersten Kur eine Panophthalmie desselben Auges ein, ein Vorkommnis, dafs sehr zugunsten der oft behaupteten Bösartigkeit der Lues nach Infektion im Bereich des Kopfes spricht.

9. Adler demonstriert eine **Schutztasche für den Penis,** die am Suspensorium fest angebracht ist und sich sehr leicht aufknöpfen läfst.

Diskussion: M. Friedländer, Blaschko, Lipman-Wulf halten die Anordnung nicht für praktisch.

10. Pinkus demonstriert Bilder eines spiralig angeordneten **Nävus** an der linken Thoraxseite, in dessen Gebiet sich ein vollkommen mit den Kurven des Nävus **übereinstimmender Haarwirbel** befindet, spricht über die embryonale Segmentierung der Haut nach den Abbildungen von O. Schultze und von Keibel und Elze und demonstriert die Abbildung von multiplen Nävusherden, welche den Körper einer Frau abwechselnd links und rechts so bedecken, dafs die auf der einen Seite befallenen Stellen auf der anderen Seite frei geblieben sind.

---

## Fachzeitschriften.

### Dermatologische Zeitschrift.

1909. Heft 1.

1. **Über die lokalen Veränderungen nach Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate, insbesondere des grauen Öls,** von Sh. Dohi-Breslau. D. hatte Gelegenheit einen subcutanen Injektionsherd, der elf Wochen nach Beendigung einer Injektionskur mit grauem Öl bei einer an Quecksilberenteritis verstorbenen Frau exzidiert worden war, zu untersuchen; er fand mikroskopisch viele stecknadelkopfgrofse und kleinere Hohlräume, die keine deutliche selbständige Wand besafsen, und mikroskopisch die Zeichen einer leichten chronischen, schon im Rückgang befindlichen Entzündung, innerhalb der infiltrierten Zone war noch eine geringe Zahl kleiner und gröfserer Quecksilberkugeln vorhanden. Die Hohlräume erklärt sich D. als Lücken, entstanden durch die mechanische Wirkung der eingespritzten Masse.

Bei einer Anzahl von Kaninchen und Hunden hat D. graues Öl intramuskulär oder subcutan eingespritzt und die Injektionsstellen nach verschieden langen Zwischenräumen exzidiert; die erhobenen Befunde werden einzeln genau beschrieben. Bei den Kaninchen zeigten sich verschieden grofse Herde von zerfallenem Gewebe, Infiltration mit kleineren und gröfseren Zellen, eine kristallähnliche Substanz, Kalkablagerung,

fettige Degeneration bezw. Fettinfiltration der Zellen, Hohlraumbildung und reichliche Quecksilberdepots im nekrotischen Gewebe. Bei den Hunden fanden sich nur leichtere Gewebsveränderungen, die den in dem oben erwähnten Falle festgestellten sehr ähnlich waren, nämlich Infiltration, Hohlraumbildung, Fettinfiltration von Zellen und daneben geringe Mengen unresorbiertes Quecksilber. Niemals konnten aus der Detritusmasse der Injektionsstellen oder aus dem noch vorhandenen Injektionsmaterial irgend welche Bakterien gezüchtet werden. Die von D. nur bei Kaninchen beobachtete Kalkablagerung an den Injektionsstellen ist bisher noch nicht beschrieben worden; sie hängt vielleicht mit dem starken Kalkgehalt des Kaninchenblutes zusammen. Welche chemische Verbindung die kristallähnliche Substanz darstellt, vermag D. nicht zu sagen; die Tatsache, dafs sie sich der Hauptsache nach in der Mitte des Infiltrationsherdes findet und dafs sie fast nur beim Kaninchen vorkommt, bei dem das Quecksilber viel langsamer als bei Menschen und Hunden resorbiert wird, läfst darauf schliefsen, dafs sie bei ungünstigen Resorptionsbedingungen entsteht, vielleicht ist sie als Oxydulverbindung aufzufassen.

Aus den von D. erhobenen Befunden geht wohl hervor, dafs die Bildung gröfserer Gewebseinschmelzungen und Nekrosen an den Injektionsstellen als etwas Ungünstiges anzusehen ist; denn im Bereiche solcher Veränderungen sind die Zirkulationsverhältnisse und damit auch die Resorptionsbedingungen wesentlich verschlechtert, und es können sich Quecksilberdepots bilden, aus denen später unter Umständen sehr rasch eine grofse, toxisch wirkende Quecksilbermenge resorbiert wird. Das graue Öl scheint länger im Gewebe liegen zu bleiben und eine geringere Wirkung auf das Gewebe auszuüben als Kalomel; es empfiehlt sich daher, nach Injektion von grauem Öl stets kräftig zu massieren, um die injizierte Menge auf eine recht grofse Fläche zu verteilen und die Resorption möglichst zu beschleunigen. Aufserdem sollen bei Verwendung grauen Öls sowohl die Zwischenräume zwischen den einzelnen Einspritzungen wie auch die Pausen zwischen den Injektionsserien gröfser sein als bei Gebrauch anderer Hg-Präparate.

2. **Methoden der Sekretgewinnung bei Blennorrhoe**, von Heinrich Kremer-Wien. Zur Gewinnung von Sekret aus der Harnröhrenschleimhaut und den urethralen Lakunen und Drüsen in den terminalen Stadien der akuten Blennorrhoe und bei chronischen Blennorrhoen, wenn die Entzündungsvorgänge und die Absonderung auf cirkumskripte Harnröhrenbezirke eingeschränkt sind, dient das mechanische Ausstreifen mit Kugelbougins, das 1894 auf Anregung Fingers von Crippa methodisch geprüft worden ist. Mit Hilfe dieses Verfahrens lassen sich oft noch ganz geringe Grade von Entzündung und Absonderung und, trotz negativen Ergebnisses vorausgegangener Untersuchungen auf Bakterien, Gonokokken in dem Sekrete der Lakunen und Drüsen nachweisen. Irgendwelche schädliche Folgen hat das mechanische Ausstreifen nicht; Schmerzen treten nur dann auf, wenn der Prozefs noch ziemlich akut ist. Das Verfahren ist nicht anwendbar, wenn ein enges Orificium nur dünne Kugelsonden passieren läfst; aufserdem gelingt es bei vollendeter Epithelmetaplasie und Rückgang der infiltrativen Veränderungen nicht immer, mit den Kugelbougies aus der Tiefe des Gewebes exsudative Zellmassen herauszubefördern, und vielleicht wird auch infolge der reichlichen Faltenbildung namentlich in den seitlichen Harnröhrenpartien auf die hier vorhandenen Exsudate ein genügender Druck durch die Sondenolive nicht ausgeübt.

Eine weitere Methode der Sekretgewinnung ist die 1904 von Nobl und unabhängig von ihm durch Alexander empfohlene Injektion 3—6%iger Wasserstoffsuperoxydlösung in die vorher gereinigte Harnröhre; durch den sich entwickelnden Sauerstoff werden die Deckepithelien im Bereich der Erkrankung unterminiert und

die in die interspinalen Lücken eingekeilten Eiterzellen und die Mikrobienbestände abgehoben und mit den Sekreten aus den buchtigen Einsenkungen und den Drüsenmündungen nach aufsen befördert. Zu empfehlen ist die Anwendung der Injektionen auch bei den zahlreichen Fällen, in welchen eine protrahierte Inkubation infolge mangels objektiver Symptome die Feststellung einer stattgefundenen Infektion unmöglich macht oder wenn die spärlichen, zellarmen, schleimigen Absonderungsprodukte keine Gonokokken enthalten; die rasche Konstatierung einer Infektion ist namentlich deshalb von Bedeutung, weil eine Abortivkur nur bei frühzeitigem Beginn Erfolg verspricht. Die Injektionen machen keine Beschwerden oder Schmerzen, sind aber nicht imstande, aus subepithelialen Infiltrationsherden oder aus den tiefen Teilen der Lakunen und Drüsen morphologische Elemente an die Oberfläche zu bringen.

Die Aushebung intramuköser Sekrete und gesonderte Gewinnung der Exsudate aus dem vorderen und dem hinteren Harnröhrenabschnitt gestattet die von Nobl empfohlene Aspiration. Diese wird im vorderen Harnröhrenteil mittels gerader, am distalen Ende kuppenförmig abgeschlossener Metallrohre vorgenommen, die in ihrem ganzen Verlaufe von dicht bei einander stehenden, 1 cm langen, mehrere Millimeter breiten Schlitzen durchsetzt sind und am proximalen Rande eine an das Orificium andrückbare, nach innen leicht konvexe Platte oder eine die Glans bedeckende Glocke tragen. Zur Aspiration im hinteren Harnröhrenteil dienen oben geschlossene Katheter von der Länge und Krümmung des Ultzmannschen Injektors, welche die breiten Schlitze entweder nur an der hinteren, dem retrobulbären Abschnitt entsprechenden Partie oder auch am ganzen Schafte aufweisen. Die Instrumente sollen möglichst dick — 22—24 Charrière — sein. Sie werden leicht angefeuchtet bis an den Pavillon in die vorher gründlich gereinigte Harnröhre eingeführt; wird nun mittels einer Spritze oder besser noch mittels eines kleinen Gummiballons ein nicht zu starkes Vakuum erzeugt, dann entleert sich infolge des negativen Druckes aus den in die zahlreichen Fenster angesogenen Schleimhautstellen alles Sekret in das Innere des Saugrohrs. Nach etwa 25 Sekunden wird die Spritze, bezw. der Gummiballon abgenommen; zu starke Ansaugung kann mäfsigen Blutaustritt aus der hyperämisierten Schleimhaut zur Folge haben, Schmerzen verursacht das Verfahren nicht. Die Ausheberung des Sekretes aus der Pars prostatica gibt genauen Aufschlufs über die Mitbeteiligung der prostatischen Drüsen; sie ist viel angenehmer und in ihren Ergebnissen viel zuverlässiger als die Prostatamassage. — Die von Kr. in vielen hundert Fällen erprobte Aspiration verdient allgemeine Anwendung.

3. **Hämorrhagische Quecksilberreaktion bei Frühlues**, von Alex Wachenfeld-Frankfurt a. M. Bei einem 35jährigen Manne mit ausgebreitetem papulösen Syphilid und spärlichen pustulösen Effloreszenzen an den Unterschenkeln konstatierte W. vor Beginn der Behandlung starken Ikterus und an einzelnen Papeln und Pusteln einen leichten hämorrhagischen Saum. Nach Injektion von 0,1 Hydrargyrum salicylicum entstand in der Circumferenz fast jeder Papel ein feuerroter hämorrhagischer Ring, der bei Glasdruck bis auf eine bräunliche Verfärbung des Gewebes verschwand. Im weiteren Verlaufe der Kur, die aus neun Einspritzungen von je 0,1 Hydrargyrum salicylicum bestand, blafsten mit dem Exanthem auch die Ringe ab, nur eine geringe Pigmentierung blieb übrig; gleichzeitig wurde auch der Ikterus wesentlich besser.

Auch Herxheimer beobachtete in einem Falle das Auftreten hämorrhagischer Ringe um sekundär-syphilitische Effloreszenzen nach Beginn einer Quecksilberkur. W. glaubt, dafs bei beiden Kranken die Gefäfswandungen durch die Lues alteriert waren und auf die Einwirkung des Quecksilbers mit gröfserer Durchlässigkeit reagierten.

4. **Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen: Striae longitudinales medianae unguium syphiliticae**, von Julius Heller-Charlottenburg. H. fand bei

zwei Syphilitikern an den meisten Fingernägeln, besonders in ihrem mittleren Teile, Längsstreifen. In dem einen Falle waren die Streifen erhöht, im Bereiche der Erhöhungen spalteten sich die Nagelplatten, nach Angabe des Patienten wurden die Leisten nach einer Quecksilberkur oft undeutlicher; bei dem anderen Kranken splitterten die freien Ränder der erkrankten Nagelplatten. H. glaubt, dafs sich in beiden Fällen syphilitische Effloreszenzen in der Nagelmatrix entwickelt haben und dafs dadurch eine Störung der normalen Nagelzellenproduktion herbeigeführt wurde.

*Götz-München.*

---

**Annales des maladies des organes génito-urinaires.**

1908. Band II, Heft 22.

1. **Entfernung eines Riesenpolypen der Harnblase; Bemerkungen über die Behandlung der Polypen,** von F. Cathelin. Kurze Mitteilung über einen orangengrofsen Blasenpolypen, der fast die ganze Blase ausfüllte; der Tumor wurde mittels Sectio alta entfernt, fünf Monate später kam der Kranke mit multiplen Rezidiven wieder. Die gleiche Beobachtung machte C. in mehreren anderen Fällen, in denen die Blase zur Exstirpation von Polypen oder anderen Geschwülsten eröffnet worden war; er empfiehlt daher im Gegensatz zu seinen früheren Anschauungen, Blasentumoren jeder Art nur auf urethralem Wege mit Hülfe des Operationscystoskops zu entfernen, ausgenommen die seltenen Fälle, in denen die Gröfse der Geschwulst die Eröffnung der Blase notwendig macht. Die Erfolge der Entfernung von Blasencarcinomen mittels Sectio alta sind ganz schlecht; die operierten Kranken leben nicht so lange mehr wie die nicht operierten, es sind daher jetzt alle (? Ref.) Chirurgen der Ansicht, dafs Blasencarcinome überhaupt nicht operiert werden sollen.

2. **Fremdkörper der Harnblase entfernt mittels des Frankschen Cystoskops mit doppeltem Prisma,** von Francesco Lucente-Neapel. Aus dem Italienischen übersetzt von Emile Legrain. Frank hat vor einiger Zeit ein neues Cystoskop mit doppeltem Prisma konstruiert, das sich durch ein sehr grofses Gesichtsfeld auszeichnet und die Objekte in ihrer natürlichen Gröfse und Lage und überaus klar sichtbar macht. Das Instrument, das von Haertel-Breslau hergestellt wird, eignet sich besonders zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Blase, wie zwei von L. mitgeteilte Fälle beweisen.

3. **Über einen Fall von Prostatektomia suprapubica: Eröffnung des Peritoneums,** von Nicolich-Triest. Kurze Mitteilung über eine transvesikale Prostatektomie, bei der das Peritoneum eröffnet wurde; obwohl sich fast der ganze Inhalt der Blase in das Peritoneum entleerte, genas der Kranke. Vor der Operation bestand starke Dilatation der Blase und Ödem der Beine, der äufseren Genitalien und der Bauchwand; vermutlich war dieses Ödem eine Folge der Kompression der Venae iliacae durch die Blase und der bei Prostatikern mit Blasendilatation häufig vorhandenen Hydrämie.

Heft 23.

1. **Naht des linken Ureters im eröffneten Abdomen über einem Ureterenverweilkatheter, Entfernung des Katheters durch die Urethra mittels eines Cystoskops mit direkter Lichtbarmachung zwölf Tage nach der Operation, Heilung per primam intentionem,** von A. Boari-Ancona. Auf Grund des vorzüglichen Resultates, das B. in einem Falle von Durchschneidung eines Ureters gelegentlich einer abdominellen Hysterektomie mit der Naht in der im Titel angegebenen Weise erzielte, erklärt er diese Art der Naht für die beste Methode der Wiedervereinigung eines durchschnittenen Harnleiters. Beim Weibe gelingt die Entfernung des

Verweilkatheters durch die Urethra mit Hülfe eines LUYSschen Cystoskops mit direkter Sichtbarmachung des Blaseninneren sehr leicht, beim Manne müfste zur Extraktion des Katheters die Sectio alta gemacht werden.

2. **Über die Wirkung der Prostatektomie auf die Spermatogenese und auf die sexuellen Funktionen**, von PUIG Y LUREDA, PERRANNAU, COMPAN und S. M. BARTRINA. Angeregt durch die von LERRALACH und PARÈS aufgestellte Behauptung, dafs der inneren Sekretion der Prostata ein Einflufs auf die Genitalorgane und besonders auf die Spermatogenese zukomme, haben die Verfasser Untersuchungen und Experimente über die Anatomie der Geschlechtsorgane, über die Sekretion von Sperma vor und nach der Prostatektomie und vor und nach der Injektion von Prostataglycerinextrakt bei Hunden vorgenommen; aus dem Ergebnis ihrer Studien ziehen sie folgende Schlüsse:

1. Die totale Prostatektomie unterdrückt beim Hunde weder die Erektionen noch die balano-präputiale Sekretion.

2. Es ist nicht erwiesen, dafs die innere Sekretion der Prostata einen ausschlaggebenden Einflufs auf die Spermatogenese ausübt.

3. **Echinococcuscyste der Blase**, von NICOLICH-Triest. Bei einem 13 Monate alten Kinde, das seit vier Wochen sehr häufig urinierte und während und nach jeder Miktion schrie, hatte die Untersuchung mit der Metallsonde Verdacht auf das Vorhandensein eines Blasensteines ergeben. Nach Eröffnung der Blase mittels Sectio alta fand sich kein Stein, dagegen lag vier Tage nach der Operation beim Verbandwechsel zwischen Wunde und Gaze ein eiförmiger Körper, der aus verschiedenen, konzentrischen Blasen bestand und im Inneren ein erbsengrofses, aus Kalksalzen bestehendes Konkrement enthielt. Der Körper erwies sich als Echinococcuscyste. Vier Wochen nach der Operation wurde das Kind, das an der Mutterbrust ernährt und niemals mit Hunden in Berührung gekommen war, geheilt entlassen. — Bei Kindern unter drei Jahren sind Echinococcuscysten kaum noch beobachtet worden. Echinococcuscysten der Harnblase sind jedenfalls auferordentlich selten, von manchen Autoren wird ihr Vorkommen ganz geleugnet.

Heft 24.

1. **Überzählige Niere intra vitam diagnostiziert**, von CALABRESE-Bologna.

2. **Die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane in der antiken Ikonographie**, von FÉLIX REGNAULT. Beschreibung und Abbildung antiker, in Smyrna gefundener Terrakotten, die Männer mit krankhaft veränderten äufseren Genitalien (Balanitis, Priapismus und Phimose, Varikocele, Sarkocele, Hydrocele, Hernia scrotalis usw.) darstellen. *Götz-München*.

---

**Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.**

1908. Heft 10.

1. **Intensive Quecksilberbehandlung**, von LEREDDE. Als intensive Quecksilberbehandlung bezeichnet L. jede Kur, bei der täglich 0,02 g Hg in den Organismus eingeführt wird und zur Resorption gelangt. Das kann in Form von Kalomelinjektionen, ebenso gut und wirksam aber auch in Form von Einspritzungen anderer, löslicher oder unlöslicher, gut resorbierbarer Quecksilbersalze geschehen und auch per os kann eine solche Quecksilbermenge gegeben werden. Dagegen läfst sich mittels perkutaner Applikation niemals eine ordentliche intensive Quecksilberkur durchführen; die Einreibungsmethode sollte ganz aus der Syphilistherapie verschwinden. Mehr als 0,02 Hg pro die wird selten vertragen; über 0,035 darf nie hinausgegangen werden. Indiziert ist die intensive Quecksilberbehandlung, die sehr lebhafte und ausgesprochene

Allgemeinreaktion, Temperatursteigerung, Mattigkeit und zuweilen Abmagerung zur Folge hat, als diagnostisches Hilfsmittel in zweifelhaften Fällen, dann als erste antiluetische Kur sofort nach Stellung der Diagnose, bei gewissen hartnäckigen Syphiliden, besonders bei tertiären serpiginösen und sklerotischen Syphiliden, wenn Verabreichung per Normaldosis von 0,07 Hg pro Woche nicht zum Ziele führt, endlich bei Syphilis des Nervensystems und der inneren Organe. Auch bei Tabes und progressiver Paralyse hält L. die intensive Quecksilberbehandlung für angezeigt, denn sie vermag das Fortschreiten der Tabes aufzuhalten und einzelne, bereits bestehende Tabessymptome zum Verschwinden zu bringen, eine im ersten Beginn stehende progressive Paralyse der Heilung zuzuführen und auch in vorgeschritteneren Stadien dieser Affektion Besserung zu bewirken. Die allerdings ziemlich seltene progressive Pseudoparalyse unterscheidet sich in ihren Symptomen durchaus nicht von der echten Paralyse, kommt aber bei intensiver Quecksilberbehandlung stets zur Heilung; es empfiehlt sich daher schon aus differentialdiagnostischen Gründen in jedem Falle von Paralyse die Einleitung einer intensiven Quecksilberkur.

2. **Die Orchitis (Sarcocele) syphilitica,** von Henri Malherbe. Anschliefsend an eine kurze Schilderung der beiden Formen der Spätlues des Hodens, der cirrhotischen (sklerotischen) und der gummösen Hodensyphilis berichtet M. über zwei einschlägige Fälle, sowie über einen Fall von Tuberkulose des Hodens bei einem Manne, der sich drei Jahre vorher luetisch infiziert hatte; bei diesem Patienten wurde die Erkrankung des Hodens zuerst als syphilitische aufgefafst und erst, als sich eine Fistel gebildet hatte, aus der sich käsige Massen entleerten, wurde die Diagnose richtig gestellt. Die Lokalisation der Tertiärsyphilis im Hoden wird nach M. wahrscheinlich durch Traumen, durch sexuelle Überanstrengung und durch vorausgegangene blennorrhoische Affektion des Nebenhodens begünstigt.

*Götz-München.*

**The British Journal of Dermatology.**

Januar 1908.

**Über multiple und entzündliche Knoten der Hypodermis,** von Arthur Whitfield. Aufser den syphilitischen (gummatösen) Knoten, deren Erkenntnis meist wohl keiner Schwierigkeit unterliegt, gibt es eine Summe von Fällen, welche im allgemeinen unter der Bezeichnung Erythema induratum oder Bazinsche Krankheit zusammengefafst werden und wobei W. wieder eine Unterscheidung je nach der Ätiologie in symmetrisch-tuberkulöse Knoten (wahres Erythema induratum) und eine andere nicht tuberkulöse Art vornehmen möchte. Bezüglich der ersteren hebt Verfasser nur hervor, dafs unzweifelhafte Fälle dieser Art gewöhnlich bei Mädchen im Alter von 13—25 Jahren vorkommen, die Knoten hierbei sehr langsam wachsen und nahezu schmerzlos sind, gewöhnlich ulcerieren und sehr resistent gegen Behandlung sind. Die vier Fälle von echter Bazinscher Krankheit, welche W. beobachtet hat und hier näher beschreibt, beweisen übrigens, wie schwierig die Differentialdiagnose dieser reinen „Knoten"-Affektion von tuberkulösen Knoten, wenigstens für das Anfangsstadium, wo noch keine Ulceration besteht, ist. Proben mit Tuberkulin und mit Bestimmung des opsonischen Index sind daher für solche Fälle oft von grofser Bedeutung. Das histologische Bild ist sowohl für die tuberkulösen wie die anderen Fälle stets ein ganz ähnliches, so dafs damit eine Unterscheidung meist nicht möglich ist.

**Die Serumdiagnose der Syphilis,** von Haldin Davis - Oxon. Die Schlufsfolgerungen, welche sich aus der Anwendung der Wassermannschen Reaktion an 181

Fällen von Syphilis der verschiedensten Art ergeben, sind folgende: 1. Kein nicht infiziertes Individuum gibt die Reaktion; positive Reaktion ist also ein sicheres Zeichen von Syphilis. 2. Negatives Resultat schliefst Syphilis nicht aus, wenn es sich um einen Primäraffekt handelt, denn nur 70% der Primärerscheinungen geben eine positive Reaktion. Bei einem zweifelhaften Hautausschlag kann man nahezu mit Sicherheit bei negativer Reaktion Syphilis ausschliefsen, denn die positiven Resultate erreichen im Sekundärstadium 93%. Die Tertiärerscheinungen geben alle positive Reaktion, so dafs die Serumdiagnose hier absolut beweisend ist. 3. Was die Heilbarkeit der Syphilis betrifft, so war in keinem der vier Fälle von klinisch geheilter Syphilis eine positive Reaktion vorhanden; in diesen Fällen waren allerdings wenigstens seit neun, in einem Falle sogar seit 22 Jahren keine Symptome mehr vorgekommen. Andererseits wurden in einigen Fällen von latenter Syphilis positive Resultate erzielt, obwohl drei bis fünf Jahre nach den letzten klinischen Erscheinungen verflossen waren. Wir besitzen damit also ein sehr schätzbares Hilfsmittel in der Erteilung des Ehekonsenses. Bei positiver Reaktion darf derselbe natürlich nicht erteilt werden, aber bei negativem Resultat mufs man vorsichtig sein und darf erst bei wiederholtem Ausfall derselben die Heiratserlaubnis geben. Die Reaktion wird in ausgesprochener Weise von der Therapie beeinflufst, indem eine anfangs vorhandene positive Reaktion nach einer Quecksilberkur verschwinden kann. Bezüglich der Theorien über die Natur der als Antigen bezeichneten Substanz kann D. nichts neues beibringen und mufs sich in seinen Betrachtungen hauptsächlich an die WASSERMANNschen Lehren halten; demnach kann vorläufig von einem vereinfachten Ersatz des Serums durch Lecithin und ähnliche Substanzen in Lösung nicht die Rede sein. *Stern-München.*

---

### Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1908. Heft 6.

**Klinisch-statistischer Überblick der Jahre 1905—06**, von P. LAMANNA. Die Arbeit enthält eine klinisch-statistische Würdigung der 1905—06 in die Prostituiertenabteilung aufgenommenen Kranken (Anzahl 765, städtisches Krankenhaus Palermo, Oberarzt Prof. MANNINO). Ulcera venerea wurden behandelt bei 88 Kranken. Unter diese rechnet Verfasser nur die durch den Streptobacillus DUCREY hervorgerufenen Geschwüre, sie waren in 67 Fällen multipel, in 21 einfach. Eitrige Bubonen traten auf in 11%, deren Eiter fast immer frei war von Mikroorganismen, nur in einem Fall fanden sich Staphylokokken, ferner Streptokokken im Sekret eines ulcerösen Bubo. Die Ulcera venerea traten in gewissen Monaten häufiger auf, am häufigsten im Juni, Mai und Januar. Von den Ulcera venerea unterscheidet L. 1. Ulcera simplicia non contagiosa (16). Von diesen entstanden neun aus einem Herpes genitalis, zwei durch Entzündung der Talgdrüsen, fünf aus einfachen Läsionen der Schleimhaut. Es sind oberflächliche Geschwüre mit gleichmäfsigem Grund, glattem Rand, nicht verimpfbar; im Sekrete gewöhnliche Diplokokken, niemals Streptobazillen DUCREY. Als drittes erwähnt er die Ulcera chronica non contagiosa (Estiomène) (41). Es sind Geschwüre, deren Fläche bedeckt ist mit reichlich schmutzig-grauem Exsudat, unter diesem torpide Granulationen, ähnlich einer tuberkulösen oder luetischen Affektion, der Rand ist blafsrot, das Gewebe herum ödematös, die Untersuchung auf Spirochaeta pallida war stets negativ. Histologisch ergab sich: Die Basis besteht aus festgefügtem interstitiellen Bindegewebe, enthaltend wenig elastische Fasern und zahlreiche Infiltrationszellen mit kleinem Kern und fein granuliertem Protoplasma, aufserdem Plasmazellen; am Rand der Geschwüre hört die Infiltrationszone scharf auf, ist nur noch perivasal, aber ohne Epithelzellen oder Riesenzellen. Beschrieben wurden

diese Geschwüre zuerst 1845, und von den verschiedenen Autoren sehr verschieden aufgefaſst: Koch faſst sie auf als Folge einer Elephantiasis vulvae — es fand sich aber in den 41 Fällen Ls. nur viermal ein geringes Ödem der groſsen Labien —, andere glaubten an eine carcinomatöse Natur, dagegen spricht sowohl der histologische als klinische Befund (Fehlen von Schmerzen, Integrität des inguinalen Lymphapparates), wieder andere an Tuberkulose — es fanden sich aber nie Tuberkel oder Tuberkel anderer Organe —, gegen Syphilis spricht der negative Erfolg der merkuriellen Behandlung, das Fehlen anderer Symptome, negativer Spirochätenbefund. L. betrachtet diese Art Geschwüre, die sich hauptsächlich bei Puellae publicae finden, als Folge venerischer Exzesse und kleiner Verletzungen und dann Folgen des Reizes des Sekretes von Urethra und Uterus, besonders bei Alkoholismus und Vernachlässigung der Pflege. Es folgt die Besprechung der Blennorrhoe (339), die nichts Neues bringt; L. empfiehlt sehr das Thigenol, besonders bei Ulcerationen der Portio. — Zur Behandlung der Condylomata acuminata eignet sich nach L. am besten Chromsäure (15 Fälle). — Ferner kamen auf die Abteilung 120 frisch syphilitische und 144 in der Latenzperiode. Die Untersuchung auf Spirochaeta pallida (Färbung mit Giemsalösung 24 Stunden oder nach Hoffmann und Halle Fixierung mit Osmiumsäure) war nach anfänglichen negativen Erfolgen zuletzt immer positiv beim Initialaffekt, Plaques muqueuses und lentikulären Papeln, aber im Blut immer negativ. Im Gewebe war sie (Methode Bertarelli und Volpino oder nach Levaditi) in zwei Fällen von Plaques positiv, dagegen in je einem Fall von feuchten Papeln negativ. — Erwähnt sei noch ein bei einer Anzahl Luetischer beobachtetes klinisches Symptom, ein Nachschlagen des Pulses gegen den Herzschlag; L. führt dies auf eine Arteriitis luetica und dadurch hervorgerufene Resistenzverminderung der Gefäſswandung zurück. Die Behandlung bestand in Sublimatinjektionen 0,01, 35—40 zu einer Kur, in schweren Fällen Calomel (Rec. Calom. 1,0, Ol. Olivar. steril. 10,0, Cocain. 0,1) 0,5 ccm steigend allmählich auf 1 ccm; Inunktionskuren wenig, in zwei Fällen gute Resultate mit Enesol.

**Über Phlebitis syphilitica secundaria,** von A. Panella. Beschreibung eines Falles von Entzündung der rechten Vena saphena ext., die zwei Monate nach der Infektion zugleich mit einem psoriasiformen Syphilid auftrat und auf Quecksilberbehandlung nach einem Monat zurückging. Ausführliche Literaturbesprechung.

**Eine Eruption von morphologischer und ätiologischer Besonderheit,** von A. Manninni. M. bringt vier Krankengeschichten. Zwei Kinder im Alter von zwei Jahren resp. drei Monaten bieten anamnestisch und klinisch keine sicheren Zeichen von hereditärer Lues. Das ältere hat von der Nasenöffnung ausgehend eine nach der Beschreibung der Impetigo contagiosa sehr ähnliche Affektion, das kleinere in der Gegend des zweiten Metacarpus der linken Hand palmar eine scharf umschriebene Eruption von der Gröſse eines Zweicentesimistückes, in Form einer Blase mit gelbschwarzem Inhalt, gelb im Zentrum, am Rande schwärzer; die umgebende Haut ist bläulich und hart infiltriert. Die zwei anderen Fälle betreffen Frauen, die eine zeigt Effloreszenzen verschiedener Gröſse von weicher Konsistenz mit einer schmutzigweiſsen Kruste bedeckt, unter der sich blutig-eitriges Exsudat findet. Die andere hat maculo-papulöse Effloreszenzen ähnlicher Art. Alle vier Kranken heilten erst nach Behandlung mit Quecksilber, nachdem sie hartnäckig jeder andern Therapie getrotzt hatten. M. glaubt an einen toxischen Einfluſs des Luesgiftes auf die Haut und stellt eine besondere Morphologie des Ekzems bei Syphilis auf.

**Über einen einzelnen Fall von Ichthyosis,** von Bizzozero. B. beschreibt einen an der Jadassohnschen Klinik beobachteten Fall von Ichthyosis, der Interesse verdient wegen der eigentümlichen Lokalisation. Mit Ausnahme der Nasen-, Wangen-, Lippen- und Zungenbeingegend ist der ganze Kopf befallen. Hände, Füſse und Ellen-

bogenbeuge sind frei; am Rumpf hört die Affektion an einer durch den Nabel gehenden Linie scharf auf, um in Zweidrittelhöhe des Oberschenkels wieder zu beginnen. Schleimhäute und Nägel bieten nichts besonderes. Histologisch fand sich am Vorderarm: das Stratum corneum ist verbreitert, Stratum Malpighii zeigt sehr lange Zapfen und stärkere Mitosis als normal, aber keine Leukocyteneinwanderung, wie sie von anderer Seite beschrieben; in den Papillen finden sich reichlich Zellen, die zum Teil aussehen wie Lymphocyten an den Gefäfsen liegend, teils den benachbarten Zellen gleichen, mit chromatinarmem Kern und reichlich Protoplasma, spärlichen Pigmentgranulis; unterhalb der Papillen Infiltration mit lymphocytenähnlichen, auch zahlreichen Mastzellen, keine Plasmazellen. Bei einem aus der Bauchhaut — wo die Affektion klinisch wenig wahrnehmbar war — entnommenen Stück findet sich das Stratum corneum und Malpighii unverändert, die Papille enthält etwas mehr Lymphocyten als normal, unterhalb derselben finden sich wenig Lymphocyten und in der Nähe der Gefäfse Mastzellen.

**Die Wachsmodellierung der Hautkrankheiten,** von A. Bellini. Genaue Beschreibung der Anfertigung von Moulagen, die sich zur kurzen Wiedergabe nicht eignet.. *W. Haas-Hamburg.*

---

**Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.**

Band XVI. Dezember 1908.

I. **Ein Fall von schnellem Schwund von Lupus erythematodes faciei nach Entfernung tuberkulös veränderter Halslymphdrüsen,** von Prof. Pospelow. Angeregt durch die Mitteilung von Müller und Bender auf dem X. Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft riet P. bei einem schon zwölf Jahre bestehenden Lupus erythematodes seu erythematosus zur Entfernung der Halslymphdrüsen. Am 3. Oktober wurden dieselben von Prof. Djaxonow bei dem 38jährigen Patienten entfernt und am 16. Oktober konnte der Patient mit vollständig geschwundenem Lupus erythematodes aus der chirurgischen Klinik entlassen werden. Die mikroskopische Untersuchung der Drüsen ergab käsige Veränderung derselben.

II. **Zur Ätiologie des Skorbuts,** von Halpern-Groder. Während des russisch-japanischen Krieges beobachtete Halpern bei drei, im allgemeinen kräftig gebauten und gut genährten Soldaten skorbutische Geschwüre und Erytheme. Als Ätiologie des Skorbuts sieht H. in diesen Fällen die bei den Kranken reichlich vorhandenen Filzläuse an, welche augenscheinlich die Innervation der Hautgefäfse untergruben, was zu einer Zunahme des Pigments in den Chromatophoren führte. Eine ähnliche Abhängigkeit der Pigmentierung von Pediculosis beobachtet man, wie allgemein bekannt, bei der Addisonschen Krankheit.

III. **Ein Fall von hartem Schanker des Präputiums bei einem Knaben von einem Jahr und einem Monat,** von Meschtscherski und Sokolow. Der Fall wurde am 12./25. Oktober 1908 in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft vorgestellt. (Cf. Ref. in diesen *Monatsheften,* Bd. 47, Nr. 10, S. 519.)

IV. **Ein Fall von extra genitaler Syphilis mit primärem Ulcus auf dem Zeigefinger,** von Karschin-Nowotscherkask. Unter dem Bilde eines Panaritiums des rechten Zeigefingers begann die Syphilis, welche in Folge dessen lange unerkannt blieb und zu verschiedenen, falschen Behandlungen Anlafs bot, bis zuletzt der wahre Charakter des Leidens erkannt wurde.

V. **Augenblicklicher Stand der Frage zur Übertragung der Blennorrhoe auf die Tiere,** von Mironowitsch-Saratow. Eine literarische Betrachtung.

VI. Besprechung des Werkes von M. POROSZ: **Sexuelle Wahrheiten**, von RUDNITZKI. Eine warme Empfehlung dieses Buches.

VII. **Nachruf auf Prof. POLOTEBNOW**, von GUNDOROW-St. Petersburg.

*Arthur Jordan-Moskau.*

---

# Bücherbesprechungen.

**Die Geschlechtskrankheiten.** Vorträge, gehalten von Dr. JULIUS ENGEL-REIMERS, weiland Oberarzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Allgemeinen Krankenhause St. Georg-Hamburg. Nach den Manuskripten bearbeitet und herausgegeben von R. HAHN und Polizeioberarzt C. MAES. Mit 149 Abbildungen auf 47 Tafeln. (Hamburg. Lucas Gräfe & Sillem) 1908.

„In seinem Nachlafs fanden sich die Konzepte der Vorlesungen, welche ENGEL-REIMERS gehalten, offenbar nicht zum Druck bestimmt und nur zum Teil ausgearbeitet. Sie bedurften daher noch der Bearbeitung. Die Unterzeichneten hielten sich für berechtigt, diese Vorträge gewissermafsen als Begleitschrift für die Farbentafeln herauszugeben, um die oft in origineller und drastischer Weise sich äufsernden Meinungen und Anschauungen eines Arztes, der in mehr als 30jähriger Tätigkeit geradezu enorme persönliche Erfahrungen auf einem Spezialgebiet gesammelt hat, nicht verloren gehen zu lassen, und in der Hoffnung, dafs das geschriebene Wort ebenfalls einen Nutzen stiften möge, wie früher der lebendige Vortrag dieses eigenartigen Mannes und begnadeten Arztes in so hohem Mafse getan."

Diese Schlufssätze aus dem „Vorwort" präzisieren am besten den Wert des Werkes. Für seine Herausgabe müssen wir den beiden in hervorragender Tätigkeit wirkenden und bevorzugten Schülern und langjährigen Assistenten des Heimgegangenen, welche mit diesem pietätvollen Akt sich und ihren Meister ehren, besonderen Dank wissen. Für die Bedeutung von ENGEL-REIMERS, dessen Sonderstellung eigentlich nur die Hamburger Ärzte oder besser noch die geborenen Hamburger Ärzte begreifen können, spricht, dafs er Schule gemacht hat. Das Signum einer Persönlichkeit im ärztlichen Leben ist, dafs auf ihre Schüler, ohne dafs es diesen zum Bewufstsein kommt, eine Menge aus der Eigenart des Lehrers übergeht. Wie grofs mufs erst der Einflufs, die suggestive Macht von ENGEL-REIMERS auf seine Patienten gewesen sein! ENGEL-REIMERS hat nur sehr wenig publiziert. Die beispiellosen Erfahrungen, welche der vom Glück in der Hamburger Republik getragene kluge Mann sammeln konnte in einer bis zuletzt in alter Gröfse sich erhaltenden Klientel privater und Krankenhaus-Praxis, wären ohne die Herausgabe der Vorlesungen verloren gewesen. Verloren gewesen mit Schwinden seines engsten Schülerkreises. Was das für einen Verlust bedeutet, geht am besten aus einer Erinnerung von uns Hamburger Ärzten an unseren grofsen Kliniker BÜLAU hervor. Mit BÜLAU, einer ganz anders als ENGEL-REIMERS gearteten, über der Parteien Gunst und Hafs stehenden vollendeten Persönlichkeit, konsultierten die Hamburger Ärzte so gern zur gröfseren Bereicherung ihres Wissens. BÜLAUS Erfahrungen und, wie dem Referenten viele Ärzte versicherten, wunderbare diagnostische Kunst sind mit ihm dahin.

Um so mehr müssen wir uns über die Herausgabe der angezeigten Vorlesungen freuen, als ENGEL-REIMERS medizinische Kongresse nur selten aufsuchte, auf ihnen wie auch im ärztlichen Verein zu Hamburg fast nie das Wort nahm, aufser seinem engeren

Schülerkreis den Kollegen, vor allem den jüngeren, nur wenig zugänglich war. Die Vorlesungen, welche meist auf Wunsch der Hamburger Ärzte, später im Auftrage der Oberschulbehörde gehalten wurden, erfuhren eine treffliche Unterstützung durch die von GUMMELTS Meisterhand gemalten Aquarelle. Diese sind im Vierfarbendruck den Vorlesungen angefügt; doch erreicht die Wiedergabe nicht die Treue der Originale.

Nach dem Gesagten ist es verständlich, daſs in den Vorlesungen mehr zwischen den Zeilen als in den Zeilen geboten wird. Enthalten sie, wie gesagt, in gedrängter Kürze die Riesenerfahrung eines scharfsinnigen, ganz auf sich gestellten Beobachters. Erst eine wiederholte Lektüre bringt den Leser dem wirklichen Inhalt nahe. Absichtlich hat der Unterfertigte, welcher zu ENGEL-REIMERS nicht die geringsten persönlichen Beziehungen hatte, so lange mit dem Referat gewartet.

Es sind neun Vorlesungen.

1. Allgemeines. 2. Initialgeschwüre. 3. Syphilis der Haut und der Schleimhäute in der Frühperiode (Sekundärperiode). 4. Tardive Formen der Syphilis - Gummen. 5. Wesen der tertiären Syphilis; Prognose der Syphilis. 6. Therapie der Syphilis. 7. Hereditäre Syphilis. 8. Ulcus molle. 9. Tripper.

Wir heben nur einiges heraus.

Das erste Kapitel gibt eine sehr präzise allgemeine diagnostische Übersicht über die wichtigsten differentiell-diagnostischen Merkmale der venerischen Erkrankungen. Mit Nachdruck wird im zweiten Kapitel hervorgehoben, daſs in dem Augenblick des Erscheinens der Initialsklerose der Kranke bereits konstitutionell syphilitisch ist; die Excision des Primäraffektes zwecks Koupierens der Krankheit daher ganz zwecklos ist. Der gröſsere oder geringere Umfang der Induration ist nicht von der Intensität der Infektion, sondern einzig und allein davon abhängig, wie der Untergrund der Haut an der Stelle, wo der Primäraffekt sitzt, beschaffen ist. So erklären sich die Unterschiede der érosion chancreuse von dem chancre dur. An den verschiedenen Körperstellen muſs der syphilitische Primäraffekt konstant wiederkehrende typische Formen zeigen, wie er durch die anatomischen Verhältnisse bedingt ist. Bei der Fingerinfektion überspringt das Gift bisweilen die Ellenbeuge und bringt erst die Drüsen der Achselhöhle in Schwellung. Schilderung und Erklärung der chancres successives. Die Allgemeinbehandlung soll einsetzen mit dem ersten Zeichen der perfekt gewordenen Allgemeininfektion, dem Primäraffekt.

Das Unterkapitel, in welchem die Histologie des Primäraffektes behandelt wird, befriedigt nicht. Die eigentliche „Härte“ bleibt auch trotz ENGEL-REIMERS und trotz seiner Verspottung der „eleusinischen Mysterien der modernen Histologie“ (dritter Vortrag) ein offenes Problem. Das zweite Kapitel schlieſst mit einer ganz kurzen, trotzdem fast erschöpfenden Darstellung der Wirrungen, über welche hinweg die Dualitätslehre sich durchsetzen muſste.

Im dritten Kapitel übergeht Referent die histologischen Ausführungen. Als ob die Polymorphie der syphilitischen Erscheinungen uns nicht vor ungezählte offene Fragen stellte, sich so ganz einfach erklären lieſse! Die TARNOWSKYschen ersten Angaben über den Wert der provokatorischen Ätzung kommen zu schlecht weg. Wie darf man sie als reinen Schwindel bezeichnen! Die Klinik der Frühperiode enthält im übrigen wiederum eine Fülle feiner Beobachtungen. Solche liegen übrigens auch versteckt in den sorgsamen Tafelerklärungen. Bei dem Leukoderma schlieſst sich ENGEL-REIMERS keiner der bestehenden Theorien an. Die in der Frühperiode gelegentlich zu beobachtenden schweren parenchymatösen Veränderungen der Leber, des Herzens, der Nieren macht E. von den Toxinen abhängig.

Der vierte und fünfte Vortrag über die Gummen und über das Wesen der tertiären Syphilis gehören zu den anregendsten. Heute, wo wir dank der groſsen

Entdeckungen über die Genese der Gummen aufgeklärt sind, ist es um so höher zu bewerten, daſs ENGEL-REIMERS das Gumma von dem lebenden Keim stets abhängig gemacht hat. Dem metastatischen Gumma widmet er längere Ausführungen. Und eine seiner Erfahrungen: „Wer über das zehnte Jahr der Krankheit glücklich hinaus ist, ohne tertiäre Symptome bekommen zu haben, der kann dem Äskulap getrost einen Hahn opfern und unter das Konto seiner Jugendsünden einen Schluſsstrich machen“, usw.

„Die Heilbarkeit der Syphilis ist heutzutage eine mathematisch sichere Tatsache, und man kann sagen, daſs die Heilung in etwa 80, vielleicht selbst in 90% aller Fälle in einigen Jahren nach der Infektion erfolgt“. Die Syphilis faible DIDAY ist nicht so selten. Die Kontroverse mit FOURNIER über die Parasyphilis reizt zum Widerspruch.

Der fünfte Vortrag schlieſst mit skeptischen Worten über den Wert der intermittierenden Behandlung. Gerade in einer Zeit, wo aus geistvollen Entdeckungen sofort Schlüsse für die Therapie gezogen werden, sind solche Ausführungen eines alt gewordenen Praktikers besonders des Interesses wert.

Im sechsten Vortrag, welcher der Therapie gewidmet ist, setzt der Autor die Diskussion gegen die intermittierende Behandlung fort. „Die Tage dieser chronisch intermittierenden Quecksilberbehandlung sind denn auch trotz aller Reklame gezählt, und wir sind in der Pendelbewegung, die die medizinische Therapie ja überhaupt macht, jetzt wieder glücklich nach der Seite gekommen, wohin das Pendel schon vor 40 Jahren ausschlug, nämlich zu dem Grundsatz, die Syphilis in den ersten Jahren nach der Infektion nur dann mit Quecksilber zu behandeln, wenn die Krankheit Symptome macht, die Dauer und die Intensität dieser Behandlung aber in direkte Proportion zu setzen zu der Dauer und der Intensität der jedesmaligen Symptome.“

„Die chronisch intermittierende Behandlung“ züchtet Neurastheniker par excellence. Wie hätte ENGEL-REIMERS sich zu der Forderung gestellt, die Patienten in freien Zeiten bei weit zurückliegender Infektion auf positiven Ausfall der Komplementbindung zu untersuchen und gegebenen Falles immer und immer wieder mit Hg zu behandeln!

Der siebente Vortrag gehört der hereditären Syphilis. Sicherlich das wertvollste Kapitel in dem Werk. Aus ihm soll hier nichts herausgepflückt werden. Seine Lektüre bereitet Genuſs. Zwei kurze Kapitel gehören dem Ulcus molle und dem Tripper.

In der Vorlesung über das Ulcus molle wird derjenigen, welche den Katheterbacillus als Erreger bewiesen haben, ebensowenig Erwähnung getan wie der höchst interessanten pathologischen Histologie des Ulcus molle. Daſs der Bubo nur durch chemische Reize (Toxine? Ref.) zustande kommt und nicht durch den Bacillus selbst, ist die Meinung von ENGEL-REIMERS. Wird der Bubo geöffnet, so ist der Eiter immer steril, wird die Wunde dann streng aseptisch behandelt und vor Verunreinigungen geschützt, so heilt sie anstandslos. Sie wird nur schankrös, wenn von auſsen her in die geöffnete Wunde das Schankergift hineingebracht wird.“ Bei den Schwierigkeiten, welche der Kultur DUCREY-KREFTING-UNNAscher Bazillen sich entgegenstellen, besagt die vermeintliche „Sterilität“ des Buboeiters garnichts. Übrigens ist wohl inzwischen der mikroskopische Nachweis des Bacillus in dem Eiter oft genug geführt worden und mit keinen besonderen Schwierigkeiten verknüpft. ENGEL-REIMERS warnt vor den Impfschankern an der Auſsenseite des Oberschenkels, die eine ausgesprochene Neigung zeigen, sich rasch zu vergröſsern. Endlich die Schanker im sulcus retroglandularis bei Individuen mit langer enger Vorhaut. Da bildet sich sehr rasch eine intensive Balanoposthitis aus. Unter hohem Fieber schwillt die Vorhaut mächtig an, sie wird

rot, livide und es kann, wenn die Behandlung nicht sofort eingreift, Präputium und Glans in weitem Umfang brandig zugrunde gehen.“ ENGEL-REIMERS meint hier offenbar, den phagedänischen Schanker, über welchen Referent sonst nichts in dem Buch gefunden hat. Ist die Komplikation mit der engen langen Vorhaut in dem Sinne der Mischinfektion zu deuten?

Immer wieder betont ENGEL-REIMERS trotz der Kürze der Vorlesung, daſs der Bubo keine Mikroorganismen, geschweige denn den Ka. Ha. Bacillus enthält.

Am Schluſs des Kapitels spricht ENGEL-REIMERS über den weichen Schanker in sanitätspolizeilicher Beziehung. Die ärztliche Kontrolle der Prostituierten hat auf die Häufigkeit der Syphilis und des Trippers unter der männlichen Bevölkerung jedenfalls nur sehr geringen Einfluſs. Es ist absolut sicher statistisch nachgewiesen, daſs diese beiden Krankheiten da, wo eine polizeiliche Überwachung der Prostituierten existiert, bei den Männern nicht seltener sind als da, wo die liederlichen Dirnen sich vollständiger Gewerbefreiheit erfreuen. Mit dem weichen Schanker ist das anders.“ „Die Häufigkeit des weichen Schankers bei der männlichen Bevölkerung ist da, wo eine ärztliche Überwachung der Prostituierten existiert, der Prüfstein für die Güte und die Genauigkeit dieser Kontrolle.“

Diese Sätze der Skepsis aus dem Munde eines Mannes, der für die Hamburger Behörden eine so unbestrittene Autorität besaſs und die Autorität seiner Ansichten auf seine in die entsprechenden Fragen in Hamburg wieder maſsgebend werdenden Schülern in einer Eindringlichkeit verpflanzte, daſs in Hamburg jegliche Diskussion über die heiklen Probleme der Überwachung, Kasernierung usw. usw. zwecklos bleibt! Der enorme Apparat an Beamten usw. zur Überwachung der offenen und geheimen Prostitution in seinem Verhältnis zu der geringen Frucht, die wir in der Ausrottung des relativ so unschädlichen weichen Schankers gewinnen!

Der letzte Vortrag gehört dem Tripper. Nicht ohne Befangenheit entwickelt ENGEL-REIMERS seine Ansichten über die Behandlung der Gonorrhoe. „Denn ich befinde mich auf diesem Gebiete in einem groſsen Widerspruch mit meinen Fachgenossen; ich bin der Ansicht, daſs die Therapie des Trippers in den letzten Dezennien keine nennenswerten Fortschritte zu verzeichnen hat und daſs man mit den alten vor 50 Jahren in Gebrauch gewesenen Mitteln zum mindesten ebensogut Erfolge erzielen kann, wie mit all den neuen, in den Fachzeitschriften als unfehlbar angepriesenen Präparaten. Meine Behandlungsmethode ist daher so unmodern wie möglich und meine Konkurrenten haben denn auch nicht gezögert, dieselbe als völlig antiquirt mit einem mitleidigen Achselzucken abzufertigen.“ Die jüngeren Kollegen — mit dem Worte „Konkurrenten“ mögen sie nicht rechten — werden gut tun, diesen Vortrag zu lesen; als Gegengewicht gegen die unerhörte Polypragmasie, mit welcher sie die moderne Behandlung der Blennorrhoe umgeben sehen, haben die Ausführungen von ENGEL-REIMERS ihre Bedeutung, abgesehen von den nicht alltäglichen Erfahrungen wieder, die er in 25jähriger gröſster Tätigkeit gesammelt hat, wie Atrophie und Abscedierung des Nebenhodens, Heilbarkeit der nicht selten von ihm beobachteten Endocarditis blennorrh., Urorrhoea ex libidine, Terpentin gegen die Tripperneuralgieen, Episkleritis blennorrh. als Zeichen einer Allgemeininfektion neben einer Epididymitis, mit dem Abklingen dieser abheilend und wieder mit ihr recidivierend, usw.

*Ernst Delbanco-Hamburg.*

# Mitteilungen aus der Literatur.

## Sekretionsanomalien.

**Desquamatio sudoralis**, von JAY FRANK SCHAMBERG-Philadelphia. (*Journ. amer. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 16.) An den Innenflächen der Hände und Finger, sowie an den Seitenflächen der Finger entstehen bei manchen Personen Hautabschilferungen, welche zuweilen an Scharlachdesquamationen erinnern können. Nach SCHAMBERGS Ansicht handelt es sich um Abstofsungen der oberflächlichen Hornhautschichten mit Schweifs, ähnlich der Bildung der Sudamina.

*Schourp-Danzig.*

---

## Saprophyten und Fremdkörper.

**Über den habituellen Ikterus gravis der Neugeborenen**, von J. PFANNENSTIEL-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 42 und 43.) In der Literatur sind einige seltene Fälle beschrieben, bei denen die Kinder mit grofser Regelmäfsigkeit alsbald nach der Geburt an schwerem Ikterus erkrankten und in der Regel starben. Der hier geschilderte Fall betrifft eine Dame in guten Verhältnissen, selbst sowie der Gatte offenbar völlig gesund. Von vier bald nach einander geborenen Kindern blieb nur das erste am Leben, während die drei anderen trotz sorgsamster Behandlung zugrunde gingen. Die bei zwei derselben ausgeführte Autopsie (in extenso geschildert) ergab keine genügenden Anhaltspunkte für eine endgiltige Erklärung der Ätiologie des Leidens. Verfasser fordert zu weiteren Mitteilungen über diese ebenso rätselhafte wie unheilvolle Affektion auf. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Universelles subcutanes Emphysem nach akuter Miliartuberkulose**, von BEVACQUA. (*Rif. med.* 1908. Nr. 41.) Es handelt sich um einen 21jährigen Soldaten, der wegen Lungentuberkulose im Militärhospital Unterkunft fand. Zur gleichen Zeit, wo die Tuberkulose einen miliären Charakter in einer Lunge anzunehmen begann, entwickelte sich bei dem Patienten ein subcutanes Emphysem, das sich über den ganzen Körper erstreckte. Bei der Autopsie wurde konstatiert: bedeutendes vicariierendes Ephysem der einen Lunge, bei hochgradiger Infiltration der anderen; Laceration einzelner Gruppen von Alveolen, interstitielles mediastinales und subcutanes Emphysem als Folgezustand dieser Laceration. *C. Müller-Nyon.*

**Über eine durch Milben hervorgerufene Erkrankung von Ratten**, von W. SCHÜRMANN-Düsseldorf. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 48, Heft 2.) Mit sieben Figuren. Bei den Ratten des Instituts für experimentelle Therapie in D. wurde eine eigenartige, in der Literatur noch nicht erwähnte Hauterkrankung, die durch Milben hervorgerufen war, beobachtet. Die Krankheitserscheinungen, starker Juckreiz, wodurch heftige Unruhe der Tiere, Rötung der Haut und später Bildung von Knötchen, Pusteln und Borken, treten am deutlichsten an den unbehaarten oder nur schwach behaarten Körperpartien auf, den Füfsen, Ohren, Nase und Schwanz. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Verdickungen (Borken usw.) fanden sich Milben, und zwar handelt es sich der Gestalt und Form nach um die Grabmilbe (Sarcoptes). Eine Übertragung der Milben auf Menschen wurde festgestellt und gelang experimentell (durch Kontakt) auf Ratten und Mäuse, jedoch nicht bei Hunden, Meerschweinchen

und Kaninchen. Kein Tier ist an der Infektion gestorben. Eine Reihe von Versuchen wurde von S. ausgeführt, um festzustellen, wie sich die Milben verschiedenen chemischen und thermischen Reizen (Glycerin, Kochsalzlösung, Benzin, Äther usw.) gegenüber verhalten. Behandlung der Tiere mit Perubalsam und Alkohol ää hatte nach viermaliger Einreibung des ganzen Körpers völliges Verschwinden des Ausschlages zur Folge; beim Menschen gelang ebenso glatte Heilung.

*Stern-München.*

**Argyrose der Haut,** von Heinrich Kanitz-Kolozsvar. (*Orvosi Hetilap.* 1908. Nr. 4.) Einem 34jährigen Mann wurden, vom Militärdienst heimgekehrt, von seinen Landsleuten gegen sein Ulcus penis und gegen Lues die Benutzung des Lapisstiftes als sicheres Antilueticum anempfohlen. Sechs Jahre hindurch benutzte der arme Mann diese Panacee. Endlich entschloſs er sich wegen eines Geschwüres am Scheitel — das er für ein luetisches hielt — sich an einen Spezialarzt zu wenden. Er hatte sich das Zahnfleisch, die Mundschleimhaut, den Rachen täglich drei- bis viermal touchiert. Wo er am Leibe eine kleine Papel oder Pustel bemerkte, wurde diese sofort mit Lapisstift bestrichen und gerieben. Mit Ausnahme der Sohlen und Handfläche war sein ganzer Leib schmutzig bläulich glänzend grau gefärbt. Die Mundschleimhaut ist schiefergrau, die Gesichtshaut von dunkleren und lichteren Verfärbungen ganz bunt, von tiefeingesunkenen fast schwarz gefärbten, linsengroſsen atrophischen Flecken entstellt. Die vorgenommenen mikroskopischen Untersuchungen haben ergeben, daſs die Argentumkörnchen immer unter der Haut im Unterhautzellgewebe sich ablagern, ja sogar bis in das Fettgewebe hineinragen. Diese Lokalisation macht die Verwechslung mit dem Hautpigment unmöglich, denn das Pigment ist in dem Rete Malpighi gelagert. Die Silberkörnchen lokalisieren sich mit Vorliebe neben die elastischen Fasern der Haut, doch imbibierte Gewebselemente waren auch nicht selten zu sehen.

*Poross-Budapest.*

---

## Miſsbildungen.

**Die Pigmentierung der Schleimhaut des Mundes,** von Henry G. Anthony-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 20.) Der Verfasser berichtet von einem angeborenen weichen Pigmentnaevus am harten Gaumen einer 60jährigen Frau und von in der Literatur angeführtem Fibroma molluscum und Acroderma pigmentosum. Von den erworbenen Pigmentationen erwähnt der Verfasser die traumatischen Pigmentflecke, die Pigmentationen bei Morbus Addisonii, Akanthosis nigricans, bei Lichen planus, Sklerodermie und Phthiriasis.

Abnorme Pigmentplaques kommen häufig an den Lippen von Personen mit gastrointestinaler Autointoxikation vor, sowie bei Diabetikern und Neurasthenikern.

*Schourp-Danzig.*

**Drei Fälle von Naevus vascularis des Gesichts mit Radium behandelt,** von Ch. Du-Bois. (*Revue méd. de la suisse romande.* 1909. Nr. 1.) D. wendet Apparate von 100 000 und 500 000 Radiumeinheiten an. Die Exposition beträgt im ersten Falle 1—1½ Stunden, im zweiten Falle nur ½ Stunde. Man soll es nur zu einer erythemato-squamösen Reaktion kommen lassen. Eine Applikation kann schon eine glatte, weiſse Narbe erzielen. Der Erfolg ist viel besser als bei Elektrolyse oder Galvanokaustik.

*Gunsett-Straſsburg.*

**Eine Methode der Behandlung der Hypertrichosis mittels der Röntgenstrahlen,** von H. Noiré-Paris. (*Brit. med. Journ.* 24. Okt. 1908.) Aus einer Reihe von Versuchen mit Aluminiumscheiben und Stückchen Cutis, an welch letzteren alles bis auf die Papillarschicht und die Epidermis abrasiert war, entnahm Verfasser, daſs

die Röntgenstrahlen durch eine Platte Aluminium von 4/10 mm Dicke so weit absorbiert werden, daſs nur diejenigen Strahlen passieren, welche genügend Durchdringungskraft besitzen, um die Papillarschicht zu erreichen. N. schaltet deshalb zwischen Antikathode und der zu behandelnden Hautstelle eine 4/10 mm dicke Aluminiumplatte ein und vermeidet so die unerwünschte verbrennende Wirkung der Nebenstrahlen. Er bestrahlt bis zur Erzeugung der Nuance B (nach Sabouraud und Noiré) und wiederholt nach 14 Tagen die Sitzung. Eventuell muſs nach einiger Zeit die Prozedur nochmals vorgenommen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

### a. *Allgemeines.*

**Über ein Spezialelektroskop für Urethroskopie und direkte Cystoskopie,** von W. Brünnings - Freiburg i. Br. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 2.) Durch eine neue Lampenkonstruktion ist es bei diesem Apparat ermöglicht, die Lichtquelle auſsen anzubringen anstatt als Innenlampe, und die Gesamteinrichtung erscheint nach der Beschreibung und den Illustrationen durchaus zweckmäſsig und praktisch. Zu beziehen ist das Endoskop von der Instrumentenfabrik J. L. Fischer in Freiburg i. Br. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Cystoskopie und Ureterenkatheterismus in der Kinderpraxis,** von Ernst Portner-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 43.) Ausführliche Darlegungen über Indikationen und Anwendbarkeit der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus bei Kindern. Das Wesentliche seiner Mitteilungen, die auch eine Reihe von Krankengeschichten enthalten, faſst P. in folgender Weise zusammen:

Blasen- und Nierenleiden sind beim Kinde viel seltener als beim Erwachsenen, aber auch schwieriger zu diagnostizieren, denn die Klagen der Kinder sind — abgesehen vom Blasenstein — ganz unbestimmt und erlauben ebenso wie die klinische Beobachtung nur selten eine genaue Lokalisation der Erkrankung. Ohne sie ist aber eine erfolgversprechende Therapie unmöglich. Deshalb empfiehlt sich die Anwendung der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus. Sie ist jedoch auf die unbedingt notwendigen Fälle zu beschränken. Die Beobachtung des Urinsedimentes dient dabei in der Kinderpraxis zweckmäſsig als Wegweiser. Es scheiden für cystoskopische Untersuchungen aus: 1. Fälle mit Blasen- oder Nierenbeschwerden, aber ohne pathologisches Urinsediment; hier ist Beleuchtung der Blase und Trennung der Nierenurine nutzlos. 2. Fälle von Hämaturie, die durch den Nachweis von anderweitigen Blutungen oder von Cylindern als Teilerscheinung einer der häufig vorkommenden hämorrhagischen Diathesen oder einer Nephritis erkannt werden. 3. Fälle von Pyurie, bei denen durch Behandlung (eventuell Silbernitratwaschungen der Blase) eine fortschreitende Besserung erzielt wird.

Bestehen bei Fällen von Hämaturie und Pyurie nach längstens vier Wochen noch diagnostische Zweifel, so müssen und können sie durch Cystoskopie und Ureterenkatheterismus gelöst werden. Bei Mädchen ist Cystoskopie und Ureterenkatheterismus vom vollendeten ersten Jahre ab, beim Knaben Cystoskopie vom zweiten Jahre an, Ureterenkatheterismus vom achten Jahre an möglich. Die Benutzung besonders dünner, trotzdem brauchbarer Instrumente (Cystoskop Charrière 12, Ureterencystoskop Charrière 17) ist beim Mädchen wünschenswert, beim Knaben notwendig. Die cystoskopischen Methoden sind für das Kind gefahrlos, erfordern aber Narkose. An den Ureterenkatheterismus hat sich bei chirurgischen Nierenleiden die funktionelle Nierendiagnostik anzuschlieſsen. *Götz-München.*

b. *Penis, Urethra, Blase.*

**Die Circumcision bei Neugeborenen,** von M. A. Schwab. (*Presse méd.* 1909. Nr. 2.) Der Artikel enthält nur bekanntes und ist lediglich im Hinblick auf eine eventuell im Anschluſs an das Gesetz von Trennung von Kirche und Staat erfolgende Übertragung der rituellen Circumcision an Ärzte verfaſst. *Gunsett-Straſsburg.*

**Über das Vorkommen der Duerckschen Fasern im Bereich des Penis und deren Beziehungen zu den elastischen Elementen,** von Carl Bruegel-München. (*Virchows Arch.* Bd. 194, Heft 2.) Der Verfasser prüfte die von Duerck angegebene Methode mittels der Weigertschen Markscheidenfärbung, Fasern im Bindegewebe und in der Blutgefäſswand zur Darstellung zu bringen, welche vorher noch nicht beschrieben waren, nach und stellte fest, daſs von den gewellten elastischen und den telegraphendraht- oder schweinsborstenähnlichen Fasern numerisch viel mehr mit der Hämatoxylin-Eisenlack-Methode gefärbt werden als mit der Elastinfärbung. Gewisse tinktorielle Verschiedenheiten der Fasern im Bereiche der Schwellkörper des Penis weisen darauf hin, daſs bei dem elastischen Gewebe verschiedene Arten von Fasern zu unterscheiden sind. Um alle elastischen Elemente darzustellen, müssen die beiden sich ergänzenden Färbemethoden angewandt werden. Während bei den Gefäſsen die elastischen Radiärfasern eine automatisch wirkende Gefäſsdilatationsvorrichtung darstellen und die Antagonisten der Ringmuskeln sind, erleichtern die Duerckschen Fasern am Penis die Erektion, indem sie dem sich in den Blutsinus anstauenden venösen Blute durch ihre zentrifugale Zugwirkung die Widerstände überwinden helfen. *Schourp-Danzig.*

**Eine neue Methode für Massage der Urethra,** von Josef Sellei-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 1.) Die Neuheit der Methode besteht in einem neuen dünnen sondenartigen Instrument, an dessen Spitze Oliven von 20—30 N-Chr. anzuschrauben sind. Mit anderen Worten ein „Bougie a boule“ aus Messing. Bei der Massage streichen die Finger — nicht wie sonst — von auſsen den Penis, sondern mit dem Instrumente macht er masturbationsähnliche Bewegungen. Er nennt diesen Vorgang „innerliche Massage“. Der Autor meint sämtliche (!!!) Infiltrationen der Urethra durch sein Verfahren zugänglich gemacht zu haben. „Allein (!!!) mit seinem Instrument“. Doch will er die üblichen Methoden, wie Instillationen, Waschungen, ja sogar die Prostatamassagen nicht verwerfen (schön!!!), er hat das mit Sonden und Dilatatoren vergebens erstrebte (sic!!) „Verschwinden der Infiltrationen“ einzig und allein mit seinem „Bougie à boule“ zustande gebracht, ja sogar das postblennorrhoische Sekret verschwand am Morgen. (!!!) (Glückauf!! Ref.) *Porosz-Budapest.*

**Behandlung der traumatischen Harnröhrenzerreiſsung,** von Rexwald Brown Santa Barbara. (*Journ. amer. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 22.) Der Verfasser verwirft die Katheterisierung wegen der Gefahr eines falschen Weges und der Infektion. Er verlangt die Vornahme der perinealen Urethrotomie und Einlegen eines Drains, bis nach einigen Tagen die Harnröhrenenden leicht aufgefunden werden können, wenn das Ödem und die Blutgerinnsel beseitigt sind. *Schourp-Danzig.*

**Unpassierbare Harnröhrenstriktur. Katheterismus mit Hilfe des Urethroskops,** von León Cardenal-Madrid. (*Revista clinica de Madrid.* 1909. Nr. 1.) Der Artikel enthält nur längst bekannte Sachen. *Gunsett-Straſsburg.*

**Oedema bullosum der Harnblase bei Tuberkulose der Nieren,** von N. Leschenerf-St. Petersburg. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1908. Nr. 46.) In einem näher beschriebenen Falle, bei welchem die Operation Tuberkulose der Niere ergab, waren sonstige für Blasentuberkulose typische Veränderungen nicht vorhanden, sondern nur Oedema bullosum, welches die Mündung des rechten Ureters verschloſs und nach der Exstirpation der Niere von selbst verschwand,

Es werden folgende Schlüsse gezogen:

1. Hartnäckiges Oedema bullosum der Harnblase in der Gegend des Ureterostium kann an Nierentuberkulose denken lassen.

2. An und für sich kann das Oedema bullosum nicht nur durch Störungen der Lymphzirkulation in dem prävesikalen Gewebe, sondern auch durch permanente Reizung des Blasenepithels durch den toxischen Harn bedingt sein.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Die Balkenblase als Frühsymptom bei Tabes dorsalis**, von F. Böhme-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 50.) Von dem Begründer der Cystoskopie, Nitze, ist schon auf das Zusammentreffen von Balkenbildung in der Blase und Erkrankungen des Rückenmarks hingewiesen worden. B. zeigt an acht in ihren Hauptzügen hier geschilderten Fällen, dafs die Balkenblase als ein Frühsymptom bei Tabes auftritt und gelegentlich sogar der Entwicklung der sonstigen typischen Symptome vorangehen kann. Bei dem mitgeteilten Material waren natürlich nur solche Fälle herangezogen, bei denen eine andere zur Balkenbildung Anlafs gebende Ursache auszuschliefsen war. Als besondere Eigentümlichkeit der Tabikerblase ist das Auftreten des Netzwerks und der Balkenzüge jenseits vom Trigonum und den Ureterenwulsten an den Seitenwänden und am Fundus der Blase hervorzuheben. Beim Prostatiker z. B. sieht man hingegen namentlich das Trigonum mit Einschlufs der Ureterenmündungen affiziert. Auch zeigt die Tabikerblase eine gröfsere Regelmäfsigkeit und Zartheit im Geäst der Balken. Es wird sich jedenfalls lohnen, dieser Angelegenheit weitere Aufmerksamkeit zu schenken. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Fall von Blasenruptur während der Ausführung der Lithotripsie, Genesung**, von S. Clark. (*Lancet.* 31. Okt. 1908.) Beim Ausspülen der Blase bei dem $2^1/_2$jährigen Hindumädchen trat ohne erkennbaren Grund eine Ruptur der Blase ein. Nach der Eröffnung durch hohen Steinschnitt fand man an der hinteren Blasenwand einen Rifs von etwa $^3/_4$ Zoll Länge. Naht. Die Blase funktionierte normal zwei Stunden nach der Operation. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über kindliche Blasentumoren**, von Rumpel-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 43.) Bei einem dreijährigen, geistig etwas zurückgebliebenen Knaben mit starker Dilatation der Harnblase und Ischuria paradoxa liefs die cystoskopische Untersuchung eine ausgesprochene Balkenblase, neben dem linken Ureter einen kongenitalen Divertikel und am Blasenhalse ein Konglomerat rundlicher, anscheinend gestielter, zum Teil kirschkern- bis haselnufsgrofser, zum Teil kleinerer, traubenartig geformter Tumoren erkennen; die gröfseren waren derbere, von Schleimhaut überzogene Gebilde, die kleineren durchscheinend, wie gelatiniert. Bei der Eröffnung der Blase mittels Sectio alta erwies sich die Wandung als stark verdickt; die fest mit der Unterlage verwachsenen Tumoren wurden nach Spaltung der Schleimhaut teils scharf, teils stumpf ausgelöst. Das Bett wurde mit dem Paquelin verschorft. Der Knabe genas und war nach sechs Monaten noch rezidivfrei. Die Tumoren waren Myxofibrome.

*Götz-München.*

**Beiträge zur Konkrementbildung**, von H. Schade-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 1 und 2.) Zur Entstehung der Harnsteine ist, wie S. hier unter Schilderung einer Reihe von interessanten Versuchen darlegt, das Verhalten der Kolloidsubstanzen im Urin (Urochrom, Schleim, Eiweifsspuren) von fast gröfserer Bedeutung als das der bisher so gut wie ausschliefslich berücksichtigten kristalloiden Bestandteile der Konkremente. Um den Vorgang bei der Steinbildung experimentell nachzuahmen, versetzte Verfasser Blutplasma mit frisch gefällten Salzniederschlägen von Calciumphosphat, Calciumcarbonat oder Tripelphosphat in verschiedenen Verhältnissen und erhielt bei passend variierter Anordnung der Versuche Gebilde, welche

(mit Ausnahme der Schichtenbildung) den Blasensteinen analog erschienen. Die Menge der Kolloidsubstanz braucht bei diesen Vorgängen durchaus nicht sehr grofs zu sein; es genügte ein Fibringehalt von 0,07 bis 0,1 % oder wohl noch weniger. Jedenfalls verdient das Studium der Kolloidbestandteile des Urins noch eine weitere, eingehende Berücksichtigung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Multiple Blasensteine**, von W. J. Malonez-Cairo. (*Lancet.* 21. Nov. 1908.) Bericht über einen 20jährigen Fella, welchem durch Lithotomie 122 Konkremente aus der Blase entfernt wurden im Gesamtgewicht von 459 g.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Pessarium occlusivum in der Harnblase**, von Siegm. Farago-Budapest. (*Sébesset*, Nr. 4. Beiblatt von *Budapesti Orvosi Ujság*, 1908.) Eine 21jährige Frau gebrauchte auf Anraten einer Nachbarin ein Pessarium, welches sie laut Instruktion post coitum entfernte. Vor drei Monaten fand sie post actum das Pessarium nicht mehr. Sie dachte es verloren zu haben. Nach einigen Tagen traten bei ihr Harnbeschwerden auf. Diese wurden auf Cystitis gedeutet, und innerlich sowie lokal ohne Erfolg behandelt. In letzter Zeit bekam sie Inkontinenz mit fortwährendem Harnträufeln. Mit einem Messingkatheter wurde bei ihr ein Stein gefunden. Wegen Unmöglichkeit der Füllung der Blase konnte sie nicht cystoskopisiert werden. Bei der Epicystotomie stellte sich heraus, dafs der Stein ein inkrustiertes Pessarium war, welches mit nicht alltäglicher Ungeschicktheit — oder mit besonderer Geschicktheit statt in die Vagina in die Urethra eingeführt wurde, durch welche es in die Blase geriet, wo der Fremdkörper schwere cystitische Erscheinungen durch drei Monate hervorrief, drei Wochen nach der Entfernung des Pessariums vollkommene Heilung.

*Poross-Budapest.*

### c. *Hoden und Samenbläschen.*

**Die Häufigkeit und Bedingtheit der Pollutionen beim gesunden Manne**, von J. K. Friedjung-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 51.) Als Material zur Lösung der Frage nach der Norm in bezug auf das Auftreten von Pollutionen teilt F. folgendes mit: ein 22jähriger Student (ipse?) notierte auf Fs. Veranlassung 20 Monate hindurch jedesmal das Eintreten dieses Vorganges nebst den etwa dasselbe begünstigenden Momenten, wie Alkoholgenufs, reichliche Ernährung, körperliche Anstrengung, Bahnfahrten usw. Es kamen auf jeden Monat vier bis fünf Ergüsse, in unregelmäfsigen Zwischenräumen. Der Einflufs äufserer Einwirkungen war nicht mit irgend welcher Bestimmtheit zu beweisen. Der Betreffende hatte keinen geschlechtlichen Verkehr, ist aber seitdem verheiratet und Vater eines gesunden Kindes.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Beweglichkeit der Spermatozoen im Nebenhoden**, von John A. Hawkins-Pittsburg. (*Journ. amer. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 17.) Mittels Punktion entnahm H. einem Nebenhoden wenige Tropfen Flüssigkeit und fand bei der sogleich danach vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung sich bewegende Spermatozoen darin. Die Tatsache war überraschend, da es sich um einen Fall völliger, durch beiderseitige Nebenhodenentzündung hervorgerufene Azoospermie handelte, und andererseits die Ansicht allgemein ist, dafs die Spermatozoen erst nach dem Austritt aus dem Nebenhoden ihre Beweglichkeit erhalten. *Schourp-Danzig.*

**Flecke am Pelvis bei Röntgenuntersuchung**, von L. H. Harris-Sydney. (*Brit. med. Journ.* 28. Nov. 1908.) Verfasser hat verschiedentlich an Röntgenbildern des Beckenteiles Flecke beobachtet, welche in einer von der Spina ischii zur Symphyse verlaufenden Linie genau lokalisiert sind. Er deutet sie als Schatten von Kalkkonkrementen in den Samenbläschen und berichtet über einen Fall, bei welchem die rektale

Digitaluntersuchung diese Diagnose bestätigte. Eine Verwechselung mit Blasensteinschatten dürfte leicht möglich sein.

**Idem,** von C. T. Holland. (*Brit. med. Journ.* 12. Dez. 1908.) Hierzu bemerkt H., daſs er auch bei Bildern von weiblichen Becken die gleichen Flecke oft beobachtet hat. Ihre Bedeutung erscheint noch unklar. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

d. *Prostata.*

**Die physiologische Bedeutung der Prostata,** von C. Posner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 44.) Es ist sehr auffallend, wie gering die Ausfallserscheinungen nach der Exstirpation im klinischen Einzelfall sind. Der Blasenverschluſs leidet nicht, also ist die Prostata am Blasenverschluſs nicht wesentlich beteiligt, ihre Muskulatur dient nur der Ejakulation. Bei den verschiedenen Tierspezies besteht ein Wechselverhältnis zwischen Prostata und Samenblasen; es scheint, als könnten sich diese beiden Organe gegenseitig bis zu einem gewissen Grade ersetzen — bei Tieren mit groſser Prostata fehlen die Samenblasen ganz oder fast ganz, bei solchen mit kleiner Prostata sind sie sehr stark entwickelt. Die Exstirpation beider Organe bewirkt beim geschlechtsreifen Tier Stocken der Samenbildung und Erlöschen des Geschlechtstriebes. Verfütterung von Prostatasubstanz regt beide Funktionen wieder an.

Zur Feststellung des Symptoms der Azoopermie wird die von Posner und Cohn eingeführte diagnostische Hodenpunktion empfohlen. Bei Patienten mit negativem Ausfall der Punktion fand sich meist eine auffallend kleine, atrophische Prostata. Vielleicht wird die Aspermie durch Ausfall von Prostatasubstanz bedingt.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Zur Frage der Entstehung von Veränderungen an Harnleitern und Nieren bei Prostatahypertrophie,** von Tandler und Zuckerkandl - Wien. (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 47.) Bei Präparation des dilatierten Ureters zeigt sich, daſs derselbe unweit vor der Einmündung in die Blase ganz plötzlich eng wird und von da an sein normales Kaliber bis in die Blase beibehält. Die Stelle, an welcher die Verengerung des Harnleiters eintritt, ist regelmäſsig die Kreuzungsstelle mit dem Vas deferens. Letzteres ist in seiner Lage in bestimmter Weise fixiert. Durch Vergröſserung des transversalen Durchmessers des Blasengrundes kommt es zur seitlichen Aussackung der Blase, welche so das im Bogen zur lateralen Beckenwand ziehende Vas deferens überlagert und durch diese Überlagerung fixiert. So festgehalten kann sich das Vas deferens vom Ureter nicht entfernen und es kommt um so mehr zur Abknickung des Harnleiters, je stärker die Mündungstelle desselben durch die Prostatahypertrophie erhoben wird und je ausgiebiger die Blase, wieder infolge der Prostatahypertrophie ausgeweitet, das Vas deferens fixiert. Die hierdurch bedingte renale Harnstauung bei fehlender erheblicher vesikaler Retention ist ebenfalls unter den Indikationen für Prostatektomie zu berücksichtigen. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über die moderne Prostatahypertrophiebehandlung,** von E. F. Chocholka-Prag. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 35—37.) Der Verfasser zeigt an den Krankheitsgeschichten von elf Fällen, wie die Symptomatologie der Prostatahypertrophie sehr verschiedenartig ist, und daſs die Veränderungen der Blase und der Prostata in einem gewissen reziproken Verhältnisse stehen. Die idealste Heilung läſst sich durch die Totalexstirpation der Prostata erreichen; mit anderen Autoren empfiehlt der Verfasser dazu hauptsächlich die transvesikale Operation.

Bezüglich der Genitaloperationsmethoden und der Bottinischen Operation teilt Ch. den Standpunkt Freyers, „daſs die ersteren der Vergangenheit angehören und die zweite keine Zukunft hat." *Schourp-Danzig.*

**Die suprapubische Prostatektomie. Indikationen, Technik und Nachbehandlung,** von G. Marion-Paris. (*Presse méd.* 1909. Nr. 5.) Marion unterscheidet 1. Fälle, die sich nicht zur Operation eignen, das sind solche, bei denen der Allgemeinzustand infolge Herz-, Gefäfs- oder Nierenerkrankungen die Operation verbietet. Hierzu rechnet er nicht diejenigen Fälle, bei denen Urinretention oder Urininjektion den schlechten Allgemeinzustand bedingt: 2. Fälle, bei denen die Operation sich aufdrängt, das sind solche, bei denen bei gutem Allgemeinzustand ein tägliches Sondieren nötig, aber oft schwierig oder gefährlich ist. Ferner bei Urininjektion, wo die Blase drainiert werden mufs und die Dauersonde nicht anwendbar ist. Absolute Indikation ist chronische Harnverhaltung mit Dehnung der Blase; 3. Fälle, die bei Sondenbehandlung ein ganz erträgliches Leben haben, bei denen aber eine Operation Befreiung von der Last und Gefahr der Sonde bringt. Das ist die grofse Mehrzahl aller Fälle. Im Beginn der Erkrankung, wenn noch keine namhafte Retention vorhanden ist, sieht er von einer Operation ab. In der Tecknik unterscheidet er sich kaum von der Freyerschen Methode, vermeidet aber bei der Nachbehandlung durch eine geistreich ersonnene Dauerspülung die Unannehmlichkeit des allzuhäufigen Verbandwechsels.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Prostatectomia suprapubica extravesicalis,** von W. J. van Stockum-Rotterdam. (*Centralbl. f. Chir.* 1909. Nr. 2.) Verfasser hat diese Operation zweimal mit Erfolg ausgeführt. Er beginnt mit einem Schnitt von der Peniswurzel senkrecht nach oben durch Haut, Unterhaut und Linea alba. Dann wird mit dem Finger hinter der Symphyse bis auf den Anfangsteil der Urethra und die Prostata unter Emporziehen der Peritonealfalte von der Vorderfläche der Blase eingegangen. Durch einen auf der gröfsten Höhe der Prostata neben der Medianlinie durch die Kapsel bis auf das Drüsengewebe ausgeführten Schnitt wird die ganze Prostata enukleiert. In die entstehende Wundhöhle kommt ein Gazetampon, der nach aufsen geleitet wird. Zur Ableitung des Urins wird ein kleines Knopfloch am Scheitel der Blase angelegt, ein ziemlich dickes Drainrohr durch diese Offnung in die Blase gelegt und mit Catgut an die Blasenwand fixiert. Am fünften Tage Entfernung des Gazestreifens und des Drainrohres und Einführen eines Seidenkatheters durch die Harnröhre in die Blase. Am zwölften Tage wird schon spontan uriniert. Der Vorteil der Operation läge in dem Umstand, dafs sie eine kleinere Verletzung als die anderen Methoden verursacht.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Neuer Fall einer Prostatectomia suprapubica. Heilung,** von Duhot. (*Ann. de la Policlinique centr.* 1908. Nr. 7.) Es gibt nach Verfasser keine Indikation mehr für die perineale Prostatektomie. Die Operation nach Freyer gibt die sichersten Resultate. In dem beschriebenen Falle, der einen 65 Jahre alten Prostatiker betrifft, fing Patient bereits nach zwölf Tagen nach der Operation an spontan zu urinieren und nach 20 Tagen war die abdominale Wunde vollkommen verheilt. Patient kann seiner gewöhnlichen Beschäftigung ohne weiteres nachgehen und entleert seine Blase vollkommen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

### e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

**Über den Wert der Chromocystoskopie zur Diagnose von Nierenkrankheiten,** von W. F. Brook-Swansea. (*Brit. med. Journ.* 7. Nov. 1908.) Verfasser hat die von Voelcker und Joseph (1903) empfohlene intramuskuläre Injektion einer 4°/oigen Lösung von Indigokarmin zum Nachweise der Funktionsfähigkeit der Nieren wiederholt als eine wertvolle Unterstützung der Cystoskopie erprobt. So konnte er damit bei einem Fall von Hydronephrose den Nachweis führen, dafs die affizierte Niere so gut wie völlig untauglich zur Urinabsonderung war, was auch durch die

Operation bestätigt wurde. Desgleichen gab die Methode wertvollen Aufschlufs bei einem Fall von Nierencarcinom, von Nierentuberkulose und auch bei anderen Fällen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Varixbildung an der Nierenpapille als Ursache anhaltender Hämaturie,** von H. Cabot-Boston. (*Amer. Journ. med. scienc.* Jan. 1909.) Ein 50jähriger Patient gab an, seit bereits 30 Jahren an gelegentlichen Attacken von Blutharnen gelitten zu haben mit Verschlimmerung und kolikartigen Schmerzen in den letzten fünf Wochen. Die cystoskopische Untersuchung zeigte, dafs die Blutung aus der linken Niere stammte. Diese wurde daraufhin frei gelegt und entfernt. Die genauere Untersuchung ergab eine starke Erweiterung der Venen an zwei Papillen mit intensiver Veränderung des deckenden Gewebes; bei der Operation hatte man die Quelle der Blutung nicht genau erkennen können. In der Literatur hat Verfasser nur sechs von H. Fenwick beschriebene ähnliche Fälle auffinden können. Wenn man den genauen Sachverhalt bei dieser Art Fälle, welche vielleicht häufiger vorkommen, kennt, dürfte eine direkte lokale Behandlung nach Freilegung des Organs meistens möglich sein.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über renale Massenblutungen; ein Beitrag zur Frage der einseitigen Nephritis,** von Theodor Bleek. (*Beiträge z. klin. Chirurgie.* 1909. Band 61, Heft 2.) Bei einseitigen renalen Massenblutungen mufs neben den gewöhnlichen Ursachen (Tumor, Stein, Tuberkulose) als ätiologisches Moment auch die Nephritis in ihren verschiedenen Formen und Stadien in den Bereich der Erwägung gezogen werden. Der Verfasser teilt einen Fall mit, wo ein 19jähriges Mädchen von starken Blutungen aus der linken Niere befallen wurde. Durch Ureterenkatheterismus wurden im Urin der blutenden Niere Cylinder gefunden, während die rechte Niere vollständig normalen Urin absonderte. Heilung durch Nephrotomie. Ähnliche Fälle wurden schon von Albarran, Rovsing u. a. mitgeteilt.

Zu den essentiellen Nierenblutungen will B. nur diejenigen gerechnet wissen, bei denen eine mikroskopische Untersuchung der ganzen Niere oder allenfalls eines Probeexzisionsstückchens ein negatives Resultat ergibt. Für die Behandlung unklarer Nierenblutungen rät er, nicht allzu lange zu warten und zur Operation zu greifen, als welche als rationellste die Nephrotomie in Betracht kommt. Doch mufs die andere Niere funktionell intakt sein. *Gunsett-Strafsburg.*

**Zwei seltene Beobachtungen von Nierenblutung mit Spontanheilung,** von Ludwig Spitzer - Wien. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1909. Nr. 1.) In dem einen Fall bekam ein regelmäfsig menstruiertes, junges Mädchen absolut ohne Ursache monatelang dauernde, äufserst abundante Blutungen aus einer Niere, die beinahe eine Operation aus vitaler Indikation erheischten. Ebenso plötzlich heilten diese Blutungen ohne Intervention definitiv ab. Im zweiten Fall handelte es sich um eine im Klimakterium befindliche Frau mit ebenfalls monatelang dauernder Blutung an beiden Nieren bei gleichzeitig vorhandener Nephritis (Cylinder), die ebenfalls ganz plötzlich vollständig aufhörten. Der Verfasser glaubt, dafs hier eine vikariierende Blutung durch die Nieren vorliegt, deren Heilung mit einem definitiven Aufhören der Menses zusammenfiel. *Gunsett-Strafsburg.*

**Cystische Entartung der Nieren mit Pyurie und Hämorrhagien,** von T. Cawardine-Bristol und G. P. Bletchly-Nailsworth. (*Brit. med. Journ.* 7. Nov. 1908.) Krankengeschichte von einem 11jährigen Knaben, bei welchem die intra vitam gestellte Diagnose durch Autopsie bestätigt wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Nephrolithiasis, deren Diagnose und Therapie,** von D. Newman-Glasgow. (*Lancet.* 2. Jan. 1909.) Verfasser bespricht eingehend das Thema unter Heranziehung einer ausgiebigen und interessanten Kasuistik. Zum Nachweis von festsitzenden Konkre-

menten im Ureter hat er eine (hier abgebildete) metallene Ureterensonde konstruiert mit einer Vorrichtung, welche es ermöglicht, das Anstofsen der Sonde gegen den Stein nicht nur zu fühlen, sondern auch zu hören. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein neues Albuminimeter**, von L. E. WALBUM - Kopenhagen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 40.) W. hat ein neues Albuminimeter konstruiert, mit dem sich eine quantitative Bestimmung des Eiweifses im Harn und in anderen Flüssigkeiten in 3—5 Minuten ausführen läfst. Das Prinzip des Apparates beruht auf der Tatsache, dafs Trichloressigsäure mit Eiweifslösung eine Trübung gibt. Die Stärke einer solchen durch eine ganz bestimmte Eiweifsmenge hervorgerufene Trübung ist durch ein getrübtes Normalglas zum Ausdruck gebracht; je mehr Eiweifs die zu untersuchende, mit 10%iger Trichloressigsäurelösung versetzte Flüssigkeit enthält, desto mehr mufs sie verdünnt werden, bis sie die gleiche Trübung oder die gleiche Durchsichtigkeit aufweist wie das Normalglas. Die Verdünnung wird in einem zylindrischen Glasgefäfs vorgenommen, dessen Graduierung den Eiweifsgehalt pro mille anzeigt. — Der Apparat wird von Paul Altmann - Berlin zum Preise von 7 Mk. in den Handel gebracht. *Götz-München.*

**Anilinfarbstoff im Urin**, von J. B. THOMPSON-Ruddington. (*Brit. med. Journ.* 28. Nov. 1908.) Ein 12jähriges Mädchen entleerte acht Tage lang ohne andere Krankheitserscheinungen tief smaragd-grünen, klaren Urin. Nachforschungen ergaben, dafs dies auf dem Genufs von Zuckerwerk, das mit Anilinfarbstoff verziert war, beruhte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Hämoglobinurie und Hämolyse**, von WINCENTY CZERNECKI - Lemberg. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 42.) Die noch immer unklare Pathogenese der paroxysmalen Hämoglobinurie war durch Experimente von DONATH und LANDSTEINER insofern gefördert worden, als dieselben im Blutserum der an paroxysmaler Hämoglobinurie Erkrankten ein Hämolysin gefunden zu haben glaubten, das die tätige Rolle in der Auflösung der roten Blutkörperchen spiele. C. hat nun mit dem Blute von drei eigenen Fällen dieser Art Experimente in vitro angestellt, um die Wirkung dieses Hämolysins auf normales Blut und das von Hämoglobinurikern zu erweisen, aber so wechselnde Resultate erhalten, dafs er den Schlüssen der genannten Autoren nicht beipflichten kann. *W. Lehmann-Stettin.*

**Zur Frage der quantitativen Bestimmung des Kreatinins im Harn**, von G. EDLEFSEN-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 49.) Verfasser ergänzt seine früheren Mitteilungen über diese Frage durch Darlegung seiner weiteren Untersuchungen, bei denen er von der Eigenschaft des Kreatinins, Jodstärke zu entfärben, ausging. Nach verschiedenen Versuchen unter Verwendung von verdünnter Schwefelsäure und Austitrieren mit Barytwasser ist er schliefslich zu einem Verfahren gelangt, bei welchem er nach Entfernung des Harnstoffs aus dem Urin Salicylsäure (etwa 5 ccm einer 1%igen Lösung zu 10 ccm Harn) zusetzt, mit völlig säurefreiem Äther ausschüttelt und mit einer 2%igen Lösung von kohlensaurem Natrium die von den Ätherauszügen aufgenommene Salicylsäure titriert. Durch Subtraktion der so gefundenen von der zugesetzten Salicylsäuremenge findet man die an das Kreatinin gebundene Menge. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Beeinflufst das Sekret der katarrhalischen Prostatitis das Zustandekommen der Phosphaturie?** von H. LOHNSTEIN-Berlin. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1909. Nr. 1 und 2.) In Ablehnung der Ansicht OPPENHEIMS, dafs Phosphaturie durch örtliche Einwirkung von Prostata- und Harnröhrensekret während der Entleerung des Harns dadurch entstehen soll, dafs das alkalische Prostata- oder Harnröhrensekret den vorher schwach sauren oder neutralen Harn alkalisch macht und dadurch die löslichen sauren phosphorsauren Salze in unlösliche basische verwandelt, stellt L. aus seinen

titrimetrischen Untersuchungen fest, dafs Phosphaturie nicht durch Prostatitissekret verursacht wird; dafs Gemische von nativem Harn und Prostatasekret, zumal bei reichlicher Beimengung von Prostatitissekret, häufig stärker sauer reagieren als der native Harn, und dafs der Massageharn meist weniger sauer reagiert als der native Harn. Doch ist die Herabsetzung der Acidität nicht bedingt durch das Prostatasekret, sondern durch Sekretionsvorgänge in den Nieren; auch ohne beigemengtes Sekret reagiert der unmittelbar nach Entleerung der Blase durch Katheter aufgefangene Harn in der Regel weniger sauer als der native Harn. *Schourp-Danzig.*

**Notiz zum Nachweis des Urobilins im Harn,** von E. STRAUSS-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 49.) Die Methode lautet: Man säuert den Harn mit einigen Kubikzentimetern Essigsäure an, fällt mit 10%iger Bleizuckerlösung (etwa 1/4 des angewandten Harnvolumens), filtriert und schüttelt das hellgelbe Filtrat stark mit Amylalkohol aus; das Extraktionsmittel nimmt leicht alles Urobilin auf und zeigt gelbe bis tieforange Färbung. Es gibt auf Zusatz von alkoholischem Chlorzinkammoniak eine schöne Fluorescenz und zeigt das für Urobilinlösungen charakteristische Spektrum (Absorptionsstreifen zwischen b und F). *Philippi-Bad Salzschlirf*

### f. *Labien, Vagina usw.*

**Über Carcinom der BARTHOLINIschen Drüse,** von FRITZ FRANK. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 38.) Bei einer 53jährigen Frau konstatierte Verfasser eine hühnereigrofse, fast steinharte Geschwulst der rechten BARTHOLINIschen Drüse; die Inguinaldrüsen waren auf beiden Seiten linsengrofs zu fühlen. Bei der nun vorgenommenen Operation wurde der scharf begrenzte Tumor im Gesunden umschnitten; vom Knochenperiost liefs er sich leicht trennen; da die Bösartigkeit der Geschwulst nicht mit Bestimmtheit feststand, so wurden die Inguinaldrüsen nicht entfernt. Die mikroskopische Untersuchung der herausgenommenen Geschwulst (Länge 8,5 cm, gröfste Breite 5,5 cm, gröfste Dicke 5 cm) ergab ein Plattencarcinom, welches die BARTHOLINIsche Drüse und ihre Umgebung ergriffen hat. Die Zellformen des Tumors zeigen, dafs das Carcinom nur von der Haut in der unmittelbaren Nähe des Drüsenganges selbst ausgegangen sein konnte, denn eine blennorrhoische Infektion oder sonstige Irritationen der Drüse, welche das Zylinderepithel in Plattenepithel verwandelt haben könnte, sind nicht vorausgegangen.

Vier Monate nach der Operation fühlte sich Patientin sehr wohl und hatte eine gesunde Farbe. Aber die Leistendrüsen waren zu taubeneigrofsen Geschwülsten geworden, ohne dafs die Frau es nur merkte. Selbst auf Druck waren sie nicht schmerzhaft und störten sie bei ihrer schweren Arbeit nicht; sie lehnte die Operation direkt ab. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Einige Fälle einer seltenen Form von Vulvovaginitis bei Kindern (Vulvovaginitis aphtosa),** von GINDESS. (*Wratsch. Gaseta.* 1908. Nr. 47.) Im Krankenhaus zu Baku hat Verfasser unter 193 Fällen von Masern, dreimal als Komplikation Vulvovaginitis aphtosa und aufserdem eine solche noch zweimal ohne Masern bei Mädchen im Alter von 1—3 Jahren gesehen. Die aphtosen Bläschen safsen meist symmetrisch auf den Schamlippen, platzten und verwandelten sich in Geschwüre, welche Schmerzen beim Urinieren verursachten. Mit Xeroform trat schneller als bei den sonstigen Formen von Vulvovaginitis Genesung ein. *Arthur Jordan-Moskau.*

---

## Blennorrhoe und Komplikationen.

**Der Gonococcus ein Faktor der Infektion nach Abort und rechtzeitiger Entbindung**, von F. B. Gurd-Montreal. (*Amer. Journ. med. scienze.* Dezember 1908.) Mitteilung über die Hauptmomente in der Krankengeschichte von fünf Frauen mit puerperaler Infektion, bei denen der Gonococcus im Genitalsekret nachgewiesen wurde. Verfasser beschreibt das von ihm geübte Verfahren bei der Entnahme von Untersuchungsmaterial (Auswischen des Cervicalkanals mit einer mit Watte armierten Sonde unter speziellen Vorsichtsmafsregeln) und betont die Notwendigkeit der Anlage von Kulturen auf Blutagar. Der Gonococcus kann für sich allein schon ernstere Erkrankungen vom Genitaltrakt aus verursachen, doch scheint derselbe beim Weibe namentlich dadurch gefährlich zu wirken, dafs er durch seinen schwächenden Einflufs auf die Gewebe der septischen Organismen das Weiterwuchern erleichtert.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Vermutlich geheilter Tripper und Heirat**, von Ferd. C. Valentine und Terry M. Townsend - New York. (*Journ. amer. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 23.) Forderung der Anwendung aller Untersuchungsmittel und örtlicher provokatorischer Ätzungen, um die beständige Abwesenheit von Gonokokken festzustellen, ehe der Heiratskonsens gegeben werden darf. *Schourp-Danzig.*

**Die blennorrhoische Infektion bei der Frau**, von J. Mc. Cann. (*The hospital*. 9. Nov. 1907.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, weist Mc. Cann auf einige für die Praxis recht wichtige Punkte bezüglich Diagnose und Therapie des bei der Frau vorkommenden Trippers hin. Was die letztere betrifft, so warnt er bei den frischen Fällen, d. i. für die ersten vier bis sechs Wochen, vor jeder Art von Ausspülung von Seite der Patienten, auch vor heifsen Sitz- und sonstigen Bädern, ebenso vor Einbringung solider Kaustika in die Harnröhre, die oft Strikturen herbeiführen. Bei vorhandener Cystitis spült er nur mit abgekochtem Wasser aus und gibt innerlich Urotropin, Cystamin oder Helmitol. Vaginitis und Endocervicitis wird durch Auswischen mit starkem Karbol (Acidum carbolicum liquefactum) im Fergussonschen Speculum behandelt; jeder Fall von Tripper ist, wie Verfasser behauptet, auf diese Weise binnen vier Wochen zu heilen. In schwereren Fällen macht man diese Auswischungen — leicht und mit grofser Vorsicht — zweimal, für gewöhnlich einmal wöchentlich. Neben der Auswischung der Scheide kann man auch die Cervix austupfen, darf aber dabei die Plaifairsche Sonde nie tiefer als einen Zoll einführen. Uteruscavum und Uteruskörper mufs man unbedingt in Ruhe lassen; sowie man kürettiert, bekommt die Patientin eine Salpingitis. Bei vorhandenen tubaren Störungen scheint Jodkalium und auch Quecksilber in kleinen Dosen günstigen Einflufs zu haben. Völlige eheliche Abstinenz (auf wenigstens sechs bis acht Wochen) ist eine sehr wichtige Bedingung zum Heileffekt, daher bei Unbemittelten am besten Krankenhaus, bei Wohlhabenden irgend ein Badeort zu empfehlen. *Stern-München.*

---

## Verschiedenes.

**XVI. Internationaler medizinischer Kongrefs.** Den Mitgliedsbeitrag von 25 Kronen österr.-ung. Währung wolle man mittels Postanweisung an den Schatzmeister des Kongresses, Herrn Prof. Dr. v. Elischer, Budapest, VIII. Esterházy-Gasse 7, einsenden.

---

# Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. | No. 6. | 15. März 1909.

Aus Professor UNNAS Dermatologicum.

## Das Eleïdin der basalen und superbasalen Hornschicht.

Von

Dr. UDO J. WILE-New York.

Mit einer Farbentafel.

Über die chemische Natur des Eleïdins liegt eine Arbeit von CILIANO[1] vor, in der derselbe den Nachweis erbracht hat, daſs Eleïdin, welches von früheren Forschern für flüssiges Öl, oder ein Gemisch von Eiweiſs und Cholesterinfett gehalten wurde, nichts anderes als ein genuiner Eiweiſsstoff ist. Den Nachweis von der Eiweiſsnatur stützt CILIANO auf verschiedene Versuche, die er mit Eleïdin enthaltenden Schnitten vorgenommen hat. Im folgenden sollen die Hauptpunkte seiner Beweisführung angeführt werden:

1. Alle eiweiſslösenden Mittel, wie Alkalien, Säuren im Überschuſs, ebenso Salze der Schwermetalle im Überschuſs befreien die Schnitte vom Eleïdin. Aber auch Wasser und Glycerin bewirken schon dasselbe.

2. Mittel, welche Eiweiſs aussalzen, erhalten das Eleïdin, so konzentrierte Lösungen von Kochsalz, Magnesiumsulfat, Ammoniumsulfat.

3. Mittel, welche Eiweiſs fällen, erhalten Eleïdin, so Phosphorwolframsäure, Formalin und Chromsäure.

4. Durch Erhitzen auf 75° wird das Eleïdin in den Schnitten koaguliert.

Das Verbleiben oder das Verschwinden des Eleïdins stellte CILIANO durch nachträgliches Färben mit Nigrosin fest. Die Unlöslichkeit des Eleïdins in fettlösenden Mitteln, und dessen negatives Verhalten gegen Osmiumsäure nahm CILIANO als Beweis, daſs Eleïdin nicht zu den Fetten und Lipoiden gehört.

Die Versuche CILIANOS waren für die Eiweiſsnatur des Eleïdins so beweisend, daſs ich in der folgenden Arbeit diesen Befund von vornherein als richtig annahm.

---

[1] CILIANO, Eleïdin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1908. Bd. 46, S. 435.

Meine Untersuchungen über das Eleïdin richteten sich dahin, festzustellen:

I. Wie verhält sich Eleïdin gegenüber verschiedenen Farbstoffen?

II. Welche Unterschiede bestehen tinktoriell zwischen Eleïdin und der basalen Hornschicht als Ganzem?

III. Wie weit erstreckt sich die Verbreitung des Eleïdins in der Oberhaut?

Zur Lösung der Frage I habe ich die in geeigneter Weise (s. später) angefertigten Schnitte mit einer gröfseren Reihe von basischen und sauren Farbstoffen behandelt (s. Tabelle). Es hat sich ergeben, dafs kein einziger basischer Farbstoff das Eleïdin zu färben vermag. Von den sauren Farbstoffen haben Eosin, Säure-Fuchsin und Orange ebenfalls nicht gefärbt, dagegen erzielte ich gute Färbungen mit Wasserblau, Alkaliblau, Nigrosin (wasserlöslichem und spritlöslichem) und einer grofsen Reihe von Azofarbstoffen. Überhaupt schienen mir die Azofarbstoffe ganz besonders geeignet, das Eleïdin schnell und deutlich anzufärben, während man doch in der letzten Zeit hauptsächlich Nigrosin zur Darstellung des Eleïdins angewandt hat.

Da man, um das Eleïdin deutlich hervortreten zu lassen, die Farbstoffe in grofser Verdünnung gebrauchen mufs, so konnte der Verdacht entstehen, dafs das Eleïdin durch das viele Wasser gelöst würde.

Um auf jeden Fall das Eleïdin in den Schnitten festzuhalten, war ich bemüht, unter der Voraussetzung, dafs es ein flüssiges Eiweifs ist, vorher eiweifsfällende Mittel anzuwenden, und habe zu diesem Zweck die Schnitte mit Alkohol, Tannin, Formalin und Pikrinsäure vorbehandelt. Das Resultat war, dafs von diesen vier Mitteln die Pikrinsäure am geeignetsten erschien, um das Eleïdin zu fixieren und eine nachträgliche Färbung zu ermöglichen, denn, nach Vorbehandlung mit Pikrinsäure, haben zwar nicht die basischen, aber alle sauren Farbstoffe das Eleïdin gefärbt. Als die schnellste Färbungsmethode hat sich eine Vorbehandlung mit Pikrinsäure und das Nachfärben mit Nigrosin erwiesen. Über die Technik habe ich folgendes mitzuteilen:

Man benutzt frische Haut von der Fufssohle, welche kurze Zeit in Alkohol gelegen hat. Das Stück wird nach der Cutisseite gebogen und in dieser Stellung in die Klammer des Mikrotoms so eingesetzt, dafs Flachschnitte erhalten werden. Von da kommen die Schnitte auf einen Objektträger, werden mit einigen Tropfen sehr verdünnter Farblösung befeuchtet und unter dem Mikroskop beobachtet. Zur Untersuchung der basalen Hornschicht benutzte ich Querschnitte von normaler Fufssohlenhaut, die vorher durch Alkohol fixiert und in Celloidin eingebettet war.

Das von Ranvier beschriebene, klassische Bild des Eleïdins ist bekannt, aber es ist nur von der Ansicht beschrieben, welche senkrecht

angefertigte Schnitte bieten. Es ist daher wohl nicht überflüssig hier zu bemerken, daſs die von mir benutzte, bessere Methode der Flachschnitte (nach Unna) ein etwas anderes und noch deutlicheres Bild ergibt.

Die auf die Oberfläche der angeschnittenen basalen Hornzelle ausgetretenen Flüssigkeitstropfen stellen gewöhnlich eine flache Platte von welligem Kontur dar, die nach einer Seite etwas dicker und daher dunkler gefärbt ist. Indem diese Platten sich kontinuierlich aneinander reihen, entstehen lange Bänder von welligem Kontur, welche ebenfalls nach einer Seite dunkler gefärbt sind. Gewöhnlich liegen auf den Flachschnitten zwei bis fünf solcher Bänder übereinander. Auf den Schnitten, wo Papillenköpfe quer getroffen sind (Fig. 1*a* und 3*a*), umgeben diese Bänder als konzentrische Ringe die Papillen; an den tieferen Schnitten verwandeln sich diese Ringe in gerade verlaufende, parallele Bänder an der Grenze zwischen Stachelschicht und Hornschicht (Fig. 2).

Charakteristisch ist ferner für das Eleïdin, daſs man an jedem Schnitte das beschriebene Bild beim Auf- und Abstellen der Mikrometerschraube zweimal findet, einmal auf der Oberfläche und einmal auf der Unterfläche. Bei einer beliebigen Einstellung, wie sie die Figuren der Tafel zeigen, sieht man auch immer zwei Reihen von Eleïdinbändern, von denen die eine scharf eingestellte dunkel, die andere unscharf eingestellte schwach gefärbt erscheint. Diese Reihen verlaufen wegen der unregelmäſsigen Neigung der Papillen und der Stachelschicht nicht vollkommen parallel, sondern schneiden sich öfter (s. Fig. 1*x*, Fig. 2*y* und *z*) und bieten dort, wo sie benachbarte Papillen umkreisen und dabei zusammenflieſsen, besonders breite Eleïdinflächen dar (Fig. 1*f*, 3*f*). An der Stelle der Schweiſsporen erstreckt sich das Eleïdin mehrere Zellenlagen weit in die Tiefe und bildet hier auf den Schnitten besonders dunkel gefärbte breite Ringe (Fig. 1*po*).

Das nächste und wichtigste Ergebnis der Färbungen scheint mir zu sein, daſs (s. Tab., Rubr. 1 u. 2) das Eleïdin sich geradezu konträr färbt, wie die basale Hornschicht als Ganzes, wobei zu beachten ist, daſs, wo bei den pikrinhaltigen Farben die basale Hornschicht gelb gefärbt wird, dieses Resultat einer Nichtfärbung durch den betreffenden Farbkörper gleichkommt. Alle Eleïdin spezifisch färbenden Stoffe, so vor allem die sog. Baumwollfarben oder Tetrazofarben, lassen die basale Hornschicht ungefärbt. Da nun das Eleïdin beim Schneiden gerade aus der basalen Hornschicht hervorquillt, so folgt daraus, daſs innerhalb der basalen Hornschicht das Eleïdin von einer Substanz (Keratin usw.) umgeben ist, welche die entgegengesetzte tinktorielle Beschaffenheit wie Eleïdin selbst haben muſs und die letztere aufhebt.

Bekanntlich scheidet sich die Hornschicht der Fuſssohle bei vielen Färbungen in drei oder selbst vier Schichten, von denen die basale Horn-

schicht — das früher sogenannte stratum lucidum — die unterste und gewöhnlich sehr scharf begrenzt ist. Als Hauptschicht der Breite nach folgt darauf die Mittelschicht und schliefslich die schmälere Endschicht, welche weniger scharf von einander abgegrenzt sind. Bei einzelnen Färbungen tritt aber noch der unterste Teil der Mittelschicht, tinktoriell deutlich abgegrenzt, als eine eigene (vierte) Schicht hervor, welche schon vor langer Zeit (UNNA) als superbasale Hornschicht bezeichnet worden ist.

Bei den hier ausgeführten Färbungen trat nun grade diese superbasale Hornschicht durch ihre positive Färbung sehr deutlich hervor (s. Tabelle, Rubrik 3 und Tafel Fig. 2*se*), indem genau dieselben Farbstoffe, welche Eleïdin färben, und nur diese, in den Zellen der superbasalen Hornschicht bestimmte Färbungen hervorriefen.

Diese Färbungen der superbasalen Hornschicht sind weder diffuse Färbungen der ganzen Schicht, noch lassen sie die einzelnen Hornzellen durch gefärbte Konturen hervortreten, sondern zeigen nur innerhalb der einzelnen Zellen eine bestimmte Zone von der Form eines Ringes gefärbt (Fig. 2*se*). Dieser Ring umschliefst genau einen ungefärbten, kugligen, zentralen Raum — die Kernhöhle — und erstreckt sich nicht bis zur äufseren Peripherie der Zelle, sondern läfst in derselben noch einen nicht unbeträchtlichen Raum ungefärbt. Wir haben mithin allein auf Grund dieser sehr charakteristischen, neuen Färbung der superbasalen Hornzelle, anzunehmen, dafs dieselbe nach aufsen begrenzt ist von einer (hier ungefärbten) Hülle von Keratin (Keratin A nach UNNA und GOLODETZ); dafs weiter innerhalb dieses Hornmantels eine (hier ungefärbte) Zone von Zellprotoplasma folgt und auf diese eine Zone einer Substanz, die sich mit Eleïdin identisch erweist und welche ihrerseits dicht die Kernhöhle umgibt.

Die Identität dieser von mir „Eleïdin der superbasalen Hornschicht“ genannten Substanz mit dem als Eleïdin bekannten Eiweifskörper auf der Oberfläche der angeschnittenen basalen Hornschicht ergibt sich mit Sicherheit aus solchen Bildern, die bei Flachschnitten hier und da zu sehen sind, wo das bekannte Bild der Eleïdinlachen direkt sich fortsetzt in die allein ebenso gefärbten Ringe der angrenzenden superbasalen Zellen, wobei es den Eindruck macht, dafs die Substanz jener Lachen mit diesen Ringen direkt zusammenfliefst.

Zur Topographie dieser Zone von Eleïdinringen ist zu bemerken, dafs dieselbe durchschnittlich an der Fufssohle sechs Reihen von superbasalen Hornzellen umfafst und dafs nach aufsen die Ringe in jeder folgenden Reihe etwas schmäler werden, ehe sie ganz verschwinden. In den übrigen Hornschichten habe ich sie nicht nachweisen können.

| | Eleïdin der basalen Hornschicht | Basale Hornschicht (Querschnitt) | Eleïdin der superbasalen Hornschicht | Keratin A |
|---|---|---|---|---|
| **Basische Farbstoffe** | | | | |
| Methylenblau | 0 | blau | 0 | 0 |
| Safranin | 0 | rot | 0 | 0 |
| Gentiana-Violett | 0 | violett | 0 | 0 |
| Pyronin | 0 | rosa | 0 | 0 |
| Fuchsin | 0 | rot | 0 | 0 |
| Methylgrün | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Saure Farbstoffe** | | | | |
| Säure-Fuchsin | 0 | schwach rot | 0 | rot |
| Eosin | 0 | 0 | 0 | rot |
| Wasserblau | blau | 0 | blau | 0 |
| Alkaliblau | blau | 0 | blau | blau |
| Nigrosin (in Wasser) | blauschwarz | 0 | 0 | blauschwarz |
| Nigrosin (in Alkohol) | blauschwarz | 0 | 0 | 0 |
| Orange | 0 | orange | 0 | orange |
| Congorot | dunkelgelb | 0 | dunkelgelb | 0 |
| Ponceau | rot | 0 | gelb | undeutlich |
| Benzorcin-Blau | blau | 0 | blau | 0 |
| Benzoechtes Scharlach | rot | 0 | gelbrot | 0 |
| Halbwolllichtgrün | grün | 0 | — | 0 |
| Halbwollcyanin | blau | 0 | blau | 0 |
| Halbwollbraun | braun | 0 | — | 0 |
| Diaminschwarz | schwarz | 0 | — | 0 |
| Diaminogen | blau | 0 | — | 0 |
| Diamingrün | grün | 0 | grün | 0 |
| Diaminechtgelb | gelb | 0 | — | 0 |
| Benzopurpurin 4 B | rot | 0 | — | 0 |
| Benzoechtbordeaux | gelbrot | 0 | — | 0 |
| Benzoorange | gelb | 0 | — | 0 |
| Alkaligrün | grün | 0 | — | 0 |
| Brillantpurpur | rot | 0 | — | 0 |
| Baumwollorange R | gelb | 0 | — | 0 |
| Thiazolgelb | gelb | 0 | — | 0 |
| Azoviolett | 0 | 0 | — | 0 |
| Oxydiaminschwarz | 0 | 0 | — | 0 |
| **Basische Farbstoffe + Beize** | | | | |
| Safranin + Pikrin | 0 | rot | 0 | rot |
| Pyronin + Pikrin | 0 | rot | 0 | 0 |
| Methylgrün + Pikrin | 0 | 0 | 0 | 0 * |

* Methylenblau und Gentianaviolett geben mit Pikrinzusatz einen Niederschlag und konnten daher nicht verglichen werden.

| | Eleïdin der basalen Hornschicht | Basale Hornschicht (Querschnitt) | Eleïdin der superbasalen Hornschicht | Keratin A |
|---|---|---|---|---|
| **Saure Farbstoffe + Beize** | | | | |
| Säure-Fuchsin + Pikrin | rot (Spuren) | 0 | 0 | rot |
| Eosin + Pikrin | rot (Spuren) | 0 | 0 | rot |
| Wasserblau + Pikrin | blau | 0 | blau | 0 |
| Alkaliblau + Pikrin | blau | 0 | blau (Spuren) | blau |
| Nigrosin + Pikrin | dunkelgrün | 0 | blauschwarz | 0 |
| Congorot + Pikrin | goldgelb | 0 | rotgelb | 0 |
| Ponceau + Pikrin | dunkelrot | 0 | spärlich gelb | 0 |
| Pikrocochenille | rot (Spuren) | rotgelb | rot | 0 |
| Pikroacetocarmin | rot | 0 | rot | 0 |
| Pikroindigocarmin | dunkelgrün | gelbgrün | undeutlich | dunkelgrün |

Die tinktorielle Beschaffenheit der superbasalen Hornzellen wirft auch etwas Licht auf deren feinere anatomische Struktur. Da jedenfalls die basale Hornzelle von Eleïdin infiltriert ist — denn beim Anschneiden quillt es ja heraus —, so kann das konträre tinktorielle Verhalten der ganzen basalen Zelle wohl nur auf diese innige Mischung mit der übrigen Zellsubstanz der basalen Hornzelle zurückgeführt werden. Wir würden dann anzunehmen haben, daſs in der superbasalen Hornzelle das Eleïdin nicht mehr so stark mit dem übrigen entgegengesetzt reagierenden Zellprotoplasma gemischt ist, sondern sich von demselben reiner getrennt hat. Damit würde übereinstimmen, daſs sich die Ringe der superbasalen Hornschicht immer intensiver färben als die Eleïdinlachen der basalen Hornschicht.

## Ergebnisse.

1. Es gelingt, durch bestimmte Färbungen in der superbasalen Hornschicht eine Substanz nachzuweisen welche nach Konsistenz und Tingibilität dem Eleïdin gleicht.

2. Die besten Farbstoffe, um Eleïdin und die analoge Substanz der superbasalen Hornschicht nachzuweisen, sind die Azofarbstoffe: Congorot, Benzorcinblau, Benzoechtes Scharlach, Halbwollcyanin, Diamingrün, sodann Nigrosin, Alkaliblau, Wasserblau und Pikrokarmin. Ein Zusatz von Pikrinsäure zu den sauren Farben macht die Färbung intensiver.

3. Die basale Hornschicht als Ganzes färbt sich nicht mit den genannten Eleïdinfarbstoffen.

Ich möchte Herrn Professor Unna meinen herzlichen Dank für die Anregung und Unterstützung dieser Arbeit aussprechen. Ebenfalls bin ich Herrn Dr. chem. Golodetz für freundlichen Rat sehr dankbar.

## Tafelerklärung.

Fig. 1 (a, b, c) Flachschnitt der Oberhaut der Fufssohle. Nigrosinfärbung.
*h* = Hornschicht.
*st* = Stachelschicht.
*p* = Papille.
*po* = Schweifsporus.
*eb* = Eleïdinbänder.
Fig. 2 Flachschnitt der Oberhaut der Fufssohle. Nigrosinfärbung.
*h*, *st*, *p*, *eb* wie oben, *se* = Superbasale Eleïdinringe.
Fig. 3 Flachschnitt der Oberhaut der Fufssohle. Halbwollcyaninfärbung.
*h*, *st*, *p*, *eb* wie oben.

---

# Über die „Endotheliome" der Autoren.

Von

Dr. Johannes Fick - Wien.

(Fortsetzung und Schlufs.)

Den Fall M. Winklers brauche ich hier nur kurz zu erwähnen. Winkler verzichtet — in sehr richtiger Beurteilung der Sachlage — darauf, direkt nachweisen zu wollen, dafs es sich in seinem Falle von Psammom der Haut um einen endothelialen Tumor gehandelt habe, identifiziert vielmehr im Einverständnis mit Langhans, welcher Winklers Präparate begutachtete, seinen Fall mit den Psammomen der Meningen, welche als „Endotheliome" unbestritten waren. Dafs nun diese Psammome der Meningen aber doch einer anderen als der üblichen Deutung — nämlich als Endotheliome — zugänglich sind, habe ich vor kurzem in dieser Zeitschrift ausgeführt und verweise auf meinen diesbezüglichen Aufsatz.[1] Je nachdem wie man über die Psammome der Meningen denkt, wird man auch den Tumor M. Winklers beurteilen. Auch in Winklers Fall setzte sich das Parenchym des Tumors aus epithelähnlichen Zellen zusammen, welche teils solide Stränge in epithelialer Anordnung formierten, teils in locker gefügten Zügen vorhanden waren. Eine Beziehung dieser Zellen zu Gefäfsen liefs sich, wie Winkler selbst ausdrücklich hervorhebt, nicht nachweisen. Auf den ersten Blick scheint einem, wenn man Winklers ausgezeichnete Beschreibung liest, sein Tumor sehr verschieden von den undifferenzierten Epitheliomen zu sein. Zieht man aber dann

[1] Anm. bei der Korrektur. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 48, S. 104.

in Erwägung, dafs auch in sicher epithelialen Geschwülsten manchmal das Parenchym sehr zurücktritt gegenüber einem fibrillären Stroma mit spindeligen Zellen, welche aber zum Teil wenigstens Abkömmlinge der Parenchymzellen sind, so schält sich aus dem auf den ersten Blick sehr abweichenden Bilde des WINKLERschen Tumors doch schliefslich ein Epitheliom heraus. Die Konkrementbildung ist für die Beurteilung der Histogenese etwas ganz Nebensächliches. Das reichliche Vorhandensein von Konkrementen spricht, insofern als sich die Konkrementbildung an die hyaline Degeneration anzuschliefsen pflegt, letztere aber in den undifferenzierten Krebsen besonders oft zur Beobachtung kommt, auch indirekt für die epitheliale Natur des Tumorparenchyms.

Auf den Fall HASLUNDS möchte ich jetzt noch mit wenigen Worten zurückkommen, um ein Argument zu besprechen, welches nicht nur von HASLUND, sondern ganz allgemein immer wieder zur Stütze der Diagnose „Endotheliom" verwertet wird, ich meine die angeblichen direkten Übergänge zwischen Endothelzellen und Tumorzellen. HASLUND sagt: die Endothelzellen und Tumorzellen ständen stellenweise durch Fasern miteinander in Verbindung. „Der Übergang von der flachen normalen Endothelzelle durch die verschiedenen Stadien der Proliferation zu der vollentwickelten Geschwulstzelle ist ein ganz allmählicher." Daher erscheine es gekünstelt an solchen Stellen einen Einbruch der Geschwulst in ein Lymphgefäfs anzunehmen. — Solche Bilder lassen sich aber auf verschiedene Weise deuten, ohne dafs man gezwungen wäre, eine tumormäfsige Wucherung der Endothelzellen anzunehmen. Einmal ist es fraglich, ob die die Lumina begrenzenden Zellen wirklich Endothelzellen sind, da, wie oben erwähnt, in sicheren Epitheliomen stellenweise die Zellen Formveränderungen durchmachen, durch welche sie Endothelzellen ununterscheidbar gleich aussehend werden, und dann ist zu bedenken, dafs, gesetzt den Fall, die das Lumen begrenzenden Zellen wären Endothelzellen, die epithelialen Tumorzellen bei der Wucherung an das Lymphgefäfs bezw. die Lympkapillare heranwuchern, so dafs Tumorzellen und Endothelzellen einander berühren und nun wohl der Gedanke nahe liegt, die Endothelzellen seien die Matrixzellen der Tumorzellen. Tatsächlich handelt es sich aber nur um eine Anlagerung und um eine sekundäre Verschmelzung zu einer scheinbar auch genetisch zusammenhängender Zellmasse. Welche dieser beiden Deutungen im speziellen Fall zutrifft, dürfte bei der Ununterscheidbarkeit der Epithel- und Endothelzellen kaum jemals mit Sicherheit anzugeben möglich sein. Aber als Beweismoment für die endotheliale Genese sind solche Bilder nicht zu verwerten, eben mit Rücksicht darauf, dafs sie sehr zweideutig sind. Natürlich sprechen sie gegen „Endotheliom" auch nur, weil man sie von sicher epithelialen Tumoren her kennt.

Die Differentialdiagnose zwischen Endotheliom und Epitheliom wird allgemein als oft sehr schwierig bezeichnet und selbst die Verfechter der „Endotheliome“, wie z. B. BORST, geben zu, dafs schliefslich die Diagnose „Endotheliom“ nur per exclusionem möglich sei. Nun ist aber durch die Ergebnisse der neuesten Arbeiten diese Diagnose per exclusionem auch unmöglich geworden, denn in sicheren Epitheliomen hat man Befunde erheben können, welche die Variabilität der Form der Epithelzellen noch viel gröfser erscheinen lassen als man bisher annahm. Namentlich haben die Beziehungen der Epithelzellen zum Bindegewebe unter pathologischen Verhältnissen jetzt anders beurteilt zu werden wie früher. Wenn es auch schon früher bekannt gewesen sein mag, so haben doch wohl erst die eingehenden Detailstudien KROMPEHERS gerade an undifferenzierten Krebsen gezeigt, dafs die Epithelzellen in diesen Tumoren in so innige Beziehungen zum Bindegewebe treten können, wie man sie sonst allgemein nur Zellen bindegewebiger Natur zuzusprechen pflegte. Näher auf diese sehr interessanten Verhältnisse einzugehen ist hier nicht der Ort und die Untersuchungen sind auch noch lange nicht als abgeschlossen zu betrachten, aber jedenfalls scheinen mir im Hinblick auf die neuesten Arbeiten KROMPECHERS nun auch die Untersuchungen KROMAYERS, die in der Desmoplasielehre gipfeln, einer liebevolleren Nachprüfung wert, als sie bisher gefunden haben. Auch an die Arbeit RAHEL ZIPKINS möchte ich in diesem Zusammenhang erinnern. Bekanntlich fand diese Autorin in malignen Strumen hyalinähnliche kollagene Kugeln als Produkte epithelialer Zellen.

Die Diagnose „Endotheliom“ per exclusionem ist also auch unmöglich geworden. Es bliebe nur noch die direkte Diagnose an einem beginnenden Endotheliom. Wie sieht also ein beginnendes Endotheliom aus? Die einschlägige Literatur gibt auf diese Frage keine Antwort, es liegt bisher keine Beschreibung eines beginnenden Endothelioms vor. Das ist auffallend. Beginnende Epitheliome hat man beschrieben und wenn auch nicht jedes kleine Epitheliom auch zugleich ein beginnendes war, so ist doch immerhin anzunehmen, dafs unter den als beginnend bezeichneten, tatsächlich auch einige junge Epitheliome waren. Aber selbst wenn man behaupten wollte, ein mit Sicherheit als beginnend zu bezeichnendes Epitheliom sei auch noch nicht beschrieben worden, so bleibt doch die Tatsache bestehen, dafs man von gewissen Tumorexemplaren behauptet hat, es handle sich um beginnende Epitheliome. Ein beginnendes Epitheliom will also wenigstens so mancher gesehen haben. Ein beginnendes Endotheliom hat aber nicht nur niemand gesehen, sondern es will es auch niemand gesehen haben. Das ist doch sehr merkwürdig. Die „Endotheliome“ stehen doch nicht eines Tages plötzlich fertig da und wenn sie in inneren Organen vielleicht auch lange symptomlos und unbemerkt bleiben, so hätte man doch unter den Tumoren der Haut, der

Parotisgegend, des Gaumens einmal ein beginnendes Endotheliom zur Untersuchung bekommen können. Warum will also noch niemand ein beginnendes „Endotheliom“ gesehen haben? Für mich gibt es auf diese Frage nur eine plausible Antwort und die lautet: ein beginnendes „Endotheliom“ hat noch niemand gesehen und auch niemand gesehen haben wollen, weil in den Fällen, wo die Diagnose beginnendes Endotheliom hätte in Frage kommen können, die richtige Diagnose nämlich Epitheliom gestellt wurde. Die Diagnose „Endotheliom“ fängt immer erst dort an, wo infolge der Weiterentwicklung des Tumors die Verhältnisse der Histogenese nicht mehr eindeutig und klar sind. v. RECKLINGHAUSEN faſst die Naevi als Endotheliome auf, UNNA untersucht junge Naevi, kommt aber nicht zur Diagnose beginnendes Endotheliom, sondern diagnostiziert Epitheliom.

Auffallend ist ferner die bekannte groſse Mannigfaltigkeit der Bilder der „Endotheliome“, sofern man annimmt, daſs Endothelzellen das Tumorparenchym liefern, während eine solche Mannigfaltigkeit bei der Voraussetzung, die Tumorzellen seien epithelialen Ursprungs, viel weniger auffallend ist, wenn man bedenkt, wie verschiedenartige Formen schon im normalen Körper die Epithelzellen annehmen können und dann noch die Erfahrungen verwertet, die man an den Tumorzellen sicherer unangefochtener Epitheliome gemacht hat. Es hat nichts Auffallendes, daſs eine Epithelzelle an einer Stelle eines Tumors als cylindrische, an einer anderen Stelle als platte Zelle auftritt, denn die cylindrische Basalzelle der Epidermis wird ja schon de norma schlieſslich zu einem platten Schüppchen; es hat nichts Auffallendes, daſs Epithelzellen in Tumoren sich drüsenähnlich anordnen und auch Sekretionserscheinungen zeigen. Dies näher auszuführen ist ja nicht notwendig, die Variabilität der Epithelzellen unter normalen Verhältnissen ist ja bekannt und an die Formveränderungen, die die Epithelzellen bei entzündlichen Prozessen zeigen, brauche ich auch nur kurz zu erinnern. Stellen wir uns nun vor, die Tumorparenchymzellen der „Endotheliome“ wären wirklich Endothelzellen, so würde sich ergeben, daſs diese Zellen in dem Moment, wo sie einen Tumor bilden, Eigenschaften, vor allem eine Variabilität in Form und Anordnungsweise annehmen, für die es an nur einigermaſsen entsprechenden Analogien in der Norm oder bei entzündlichen Vorgängen so gut wie ganz fehlt. Die Analogien nämlich, die man zwischen den Tumorzellen der „Endotheliome“ und den Endothelien suchte und fand, beziehen sich im wesentlichen auf Beobachtungen an den Serodadeckzellen. An den Serosadeckzellen konnte man bei entzündlichen Prozessen ähnliches beobachten, wie an den Tumorzellen bei den „Endotheliomen“. Nun ist es aber mehr als fraglich, ob man das Recht hat, die Serosadeckzellen mit den Endothelzellen etwa der Lymphgefäſse soweit zu identifizieren,

daſs man aus Erfahrungen, die man an den Serosadeckzellen machte, auf Eigenschaften der Endothelzellen überhaupt Schlüsse ziehen darf. Es scheinen vielmehr nach den neueren Untersuchungen die Serosadeckzellen den echten Epithelien zuzuzählen zu sein. Aber sei dem wie immer, jedenfalls erscheint es nicht erlaubt, von den Serosadeckzellen auf Eigenschaften anderer Endothelzellen zu folgern. Wenn die Serosadeckzellen unter pathologischen Verhältnissen sich, wie behauptet wird, als Bindegewebsbildner präsentieren, so spricht das noch nicht gegen ihre epitheliale Natur, wenn wir an die Befunde Rahel Zipkins denken (von den Resultaten, zu denen Kromayer und Krompecher gelangen, ganz abgesehen). Ziehen wir aber zum Vergleich der Tumorzellen der Lymphspaltenendotheliome (und als solche werden ja in neuester Zeit die meisten „Endotheliome“ aufgefaſst) nur die echten Endothelzellen, also die Belegzellen der Blut- und Lymphgefäſse unter anderen pathologischen Verhältnissen heran, so findet sich keine weitere Analogie zwischen Endothelzellen bei entzündlichen Prozessen und den Tumorzellen der „Endotheliome“ als die, daſs die Endothelzellen bei entzündlichen Prozessen vergröſsert sind, also epithelähnlich werden können. Das ist alles; denn alle übrigen Eigenschaften der angeblichen Endothelzellen in „Endotheliomen“ hat man allmählich erst gerade aus den „Endotheliomen“ abgeleitet. Diese angeblichen Eigenschaften der Endothelzellen bedürfen also neuerlicher Feststellung. Dasselbe gilt für die Lehrsätze über die von den angeblichen Endothelzellen gebildeten Tumoren, den „Endotheliomen“. Noch bis in die neueste Zeit werden Eigenschaften, die Volkmann (1895) als angeblich charakteristisch für „Endotheliome“ angegeben hat, mit zur Stütze der Diagnose „Endotheliom“ verwertet, obgleich es sich herausgestellt hat, daſs Volkmann Epitheliome vom Typus der undifferenzierten Krebse vor sich hatte. Anstatt sich mit dem Gedanken abzufinden, daſs ein einwandsfreies „Endotheliom“ noch gar nicht vorliegt, wird mehr oder weniger auf frühere „Endotheliome“ zur Stütze der Diagnose zurückgegriffen. Die vortrefflichen Schilderungen Volkmanns (1895) oder das ausführliche „Endotheliom“-Kapitel bei Borst sind ja deshalb nicht als wertlos zu betrachten; im Gegenteil, nur muſs man die falschen Deutungen streichen und dann erfahren wir durch Volkmann und Borst sehr viel Wertvolles, aber nicht über Endotheliome und Endothelzellen, sondern über Epitheliome und Epithelzellen. Leider wird aber eine solche Umdeutung der Befunde Volkmanns noch durchaus nicht allgemein vorgenommen und dementsprechend bringt jedes Jahr neue „Endotheliome“, wenn auch, dem Eindruck kann man sich nicht verschlieſsen, das Miſstrauen gegen die „Endotheliome“ von Jahr zu Jahr zugenommen hat.

Fasse ich zum Schluſs zusammen, so ergibt sich, daſs die Tumoren der Haut, die man als Endotheliome aufgefaſst oder auch direkt so be-

zeichnet hat, also die Endotheliome der Autoren diesen ihren Namen nicht verdienen, weil es sich in allen hierher gehörenden Fällen um epitheliale Tumoren, um Epitheliome im weitesten Sinne des Wortes handelt.

Mit den „Endotheliomen" anderer Organe steht es nun auch nicht anders. Wie RIBBERT und KROMPECHER und auch andere schon feststellen, liegt ein einwandsfreier Fall von Endotheliom nicht vor, wobei allerdings RIBBERT zum Schlufs seiner Ausführungen die einschränkende Bemerkung macht, die Psammome der Meningen seien doch in ihrer Stellung als Endotheliome genügend gesichert. Ich kann, wie früher[1] auseinandergesetzt, einen ausschlaggebenden Unterschied zwischen den Psammomen der Meningen und anderen Endotheliomen nicht finden. Von gröfserem Interesse als die Psammome sind aber diejenigen „Endotheliome", bei denen durch hochgradige Degenerationsprozesse eigentümliche Bilder entstehen, weil solche Tumoren auch in der Haut zur Beobachtung kommen. Nur sind solche Exemplare in der Haut relativ selten, daher weniger bekannt und infolge ihres auf den ersten Blick von dem gewöhnlichen Bilde der Basalzellenkrebse abweichenden Baues besonders geeignet zu falschen Schlüssen zu führen.

Es sind das Tumoren, in denen infolge starker mucinöser Degeneration des Stromas und auch infolge ausgedehnter Sekretionsvorgänge in den Tumorparenchymzellen reichlich Höhlen und Spaltbildungen entstehen. Solche Tumoren sind sehr häufig in der Gegend der Speicheldrüsen, in der Mamma und in inneren Organen. Sie sind teils richtig beurteilt worden (als Gallertkrebs), teils aber als Endotheliome diagnostiziert worden und gerade an diesen Tumoren hat man für die Endotheliomdiagnose wertvolle Stützen finden wollen. Um nun solche Tumoren richtig zu beurteilen und sich durch eigene Anschauung davon zu überzeugen, dafs es sich in diesen Fällen auch nur um Epitheliome handelt, ist es notwendig, die Tumoren gerazu restlos durchzuuntersuchen. Nicht selten zeigen diese Tumoren einen lappigen Bau und es ereignet sich, dafs die für die epitheliale Genese sprechenden Bilder, d. h. Bilder, die auch dem gröfsten Anhänger der Endotheliome imponieren müssen, sich nur in einem einzigen Läppchen finden. In vielen Fällen gelingt es trotz sorgfältigster Untersuchung nicht, solche die Epitheliomnatur absolut beweisende Bilder beizubringen, d. h. man findet nirgends Plattenepithelinseln mit Protoplasmafasern und nirgends Keratohyalinbildung und Verhornung. Analogieschlüsse, die sich auf die fliefsenden Übergänge von zunächst zweideutigen zu sicher epithelialen Tumoren stützen, führen auch hier zur Diagnose Epitheliom. Scheut man sich diese Diagnose zu stellen, so sollte man doch lieber solche zweideutige (im Sinne der Endotheliomanhänger) Tumoren

[1] Cf. *diese Zeitschrift.* Bd. 48, S. 104.

lieber ohne Diagnose lassen, anstatt sie zur Stütze der Endotheliome zu verwerten, für die die Bilder ja ebenso wenig positiv zu verwerten sind, wie für die Epitheliomdiagnose.

Von geringerem Interesse für den Dermatologen sind diejenigen „Endotheliome", bei denen Bilder der Fibrome und Sarkome entstehen. Wie diese Bilder zustande kommen, ist noch nicht genügend festgestellt; wahrscheinlich geschieht es auf zweierlei Weise, wobei die beiden Entstehungsmodi auch unmittelbar nebeneinander vorkommen, einander gegenseitig ergänzen. 1. Können die epithelialen Tumorzellen (an sicher epithelialen Parotisgeschwülsten kann man das beobachten; von den weichen Naevis will ich absehen) sich morphologisch zu Bindegewebszellen umformen und sich dabei so zwischen den Fibrillen des Stromas anordnen, dafs sie als ursprüngliche Stromazellen imponieren; sie werden spindelförmig, ganz protoplasmaarm und liegen zerstreut, meist mit der Längsachse der Bindegewebsfibrillenrichtung parallel, es resultiert das Bild eines zellreichen Bindegewebes; oder es liegt auch Zelle an Zelle oder nur durch sehr wenig Zwischensubstanz getrennt, die Zellen sind aber in ihrem Aussehen derart verändert, dafs die Bilder schliefslich dem entsprechen, was man als grofszelliges Spindelzellensarkom bezeichnet; wieder in anderen Exemplaren entstehen auf die gleiche Weise Bilder eines gemischtzelligen Sarkoms. Dadurch nun, dafs die Parenchymzellen das ursprüngliche bindegewebige Stroma verdrängen und sich die wie Bindegewebszellen aussehenden Parenchymzellen an Zellkomplexe anlegen, in welchen die Zellen ihr epitheliales Aussehen mehr bewahrt haben, entstehen Bilder, welche epithelähnliche Zellen in scheinbar bindegewebigem Stroma vortäuschen, während de facto dieses Stroma ein von eben denselben epithelialen Zellen gebildetes, sagen wir Pseudostroma ist. Auf diese Weise erklären sich manche Fälle von Carcinoma sarkomatodes. Haben nun die Parenchymzellen auch stellenweise exquisite Spindelform angenommen, sind aber doch in ihrem Aussehen anders, z. B. gröfser als die Zellen des Pseudostromas, so entstehen Bilder, wie man sie z. B. in manchen fascikulär gebauten Melano„sarkomen" findet. Durch diesen Hinweis dürfte auch am besten verständlich sein, was ich meine. Zweifelt man an der epithelialen Natur der Melanosarkome, so kann man von diesem Beispiel absehen, denn es ist nicht das einzige, das ich anführen kann. In sog. Mischgeschwülsten der Parotis findet man dasselbe. 2. Entstehen fibrom- und sarkomähnliche Bilder in „Endotheliomen" dadurch, dafs in manchen Exemplaren nicht so sehr die Degenerationserscheinungen im Stroma das Bild beherrschen, als vielmehr eine Proliferation der Bindegewebszellen vorherrscht, gerade so wie im Krebsstroma der gewöhnlichen Hautkrebse, ja noch mehr, weil bei den „Endotheliomen" Proliferation der Bindegewebszellen und epitheliale Wucherung sich in einem gewissen Gleichgewichts-

zustande befinden. Kombinieren sich nun die sub 1 angeführten Vorgänge an den epithelialen Tumorparenchymzellen mit der Proliferation der Bindegewebszellen, so entstehen Tumoren, welche, wenigstens scheinbar, sehr wenig Parenchym von epithelial aussehenden Zellen zeigen, vielmehr der Hauptsache nach aus einem zellreichen fibrillären Bindegewebe gebildet scheinen. Bei solchen Tumoren kann es sich wohl ereignen, dafs man zunächst gar nicht daran denkt, dafs es sich schliefslich um ein Epitheliom handeln könnte, sondern die epithelial angeordneten spärlichen Zellzüge als Endothelzellen auffafst. Nun findet man aber manchmal in ein und demselben Tumor Stellen, wo das epithelial aussehende Parenchym reichlicher vorhanden ist und gelangt schliefslich eventuell unter Zuhilfenahme anderer Tumoren wieder unter Beachtung der fliefsenden Übergänge zu Tumoren, deren epitheliale Natur dadurch absolut sichergestellt ist, dafs die Zellen stellenweise Attribute aufweisen, die nur an Epithelzellen vorkommen (Protoplasmafasern, Verhornung) oder gar zu solchen Exemplaren, bei denen sich ein kontinuierlicher Zusammenhang mit epithelialen Organteilen einwandsfrei demonstrieren läfst.

Ich betone, diese fliefsenden Übergänge von sicher epithelialen Tumoren zu Pseudosarkomen und Pseudofibromen, weil von manchen Autoren zwar für einen grofsen Teil der „Endotheliome“ zugegeben wird, dafs es sich tatsächlich um Epitheliome handle, aufserdem aber doch gewisse Tumoren als richtige Endotheliome aufrecht erhalten werden. So sagt z. B. von Hansemann, in den Fällen Brauns und in einer Reihe der Fälle Volkmanns habe es sich um epitheliale Geschwülste gehandelt, bei einigen der Fälle Volkmanns sei aber die endotheliale Genese der Tumorzellen zum mindestens sehr wahrscheinlich. von Hansemann sagt, er erkenne neben den epithelialen Tumoren der Haut (die ich im obigen als Basalzellenkrebse bezeichnet habe, welchen Namen von Hansemann übrigens perhorresziert) an, „die in ihrem vielfachen Wechsel der Erscheinung mit diesen nicht übereinstimmen und sich weder von der Epidermis noch von Talgfollikeln, noch von den Schweifsdrüsen ableiten lassen und die mit grofser Wahrscheinlichkeit von den Endothelien herrühren, um so mehr, als die ganz gleichen Geschwülste auch in anderen Organen vorkommen, wo von einer Herkunft von epithelialen Elementen nicht füglich die Rede sein kann. Es würde zu weit führen, bei dieser Gelegenheit auf diese endothelialen Geschwülste näher einzugehen“. Demgegenüber möchte ich eben gerade auf den vielfachen Wechsel der Erscheinung der Basalkrebse mit besonderem Nachdruck hinweisen und auf solche Exemplare, wo man in ein und demselben Tumor neben sicher für Epitheliom sprechenden Bildern auch durchaus zweideutige oder gar auf den ersten Blick gegen die epitheliale Genese der Tumorzellen verwertbare Befunde erheben kann. Welche Organe von Hansemann meint, in denen die gleichen Geschwülste vorkommen und in denen von einer Herkunft von epithelialen Elementen nicht füglich die Rede sein kann, weifs ich nicht, finde im Gegenteil, dafs in allen Organen, in denen „Endotheliome“ beobachtet wurden, epitheliale Elemente nicht allzufern sind. Aufserdem haben sich manche „Endotheliome“, für die eine epitheliale Quelle sich scheinbar mit Bestimmtheit ausschliefsen liefs, als Metastasen erwiesen, deren Primärtumor nichts weniger als entfernt von epithelialen Organteilen situiert war.

Wenn man an zunächst zweideutige Tumoren der Haut nicht nur mit den Kriterien herantritt, die andere Hauttumoren uns vorschreiben, sondern sich gerade auch die Bilder der jetzt als Epitheliome erkannten Endotheliome, Peritheliome, Angiosarkome, plexiformen Sarkome usw. anderer Organe vergegenwärtigt, dann kommt man erst recht zu dem Schluſs, daſs es „Endotheliome“ im Sinne der Autoren in der Haut nicht gibt.

Gewarnt sei schlieſslich noch ausdrücklich vor den den Endotheliomarbeiten beigegebenen Abbildungen. Man kann gerade aus diesen Tumoren mit Hilfe von Abbildungen das konstruieren, was man beweisen will. Gerade hier ist es besonders notwendig im Text die Beschreibung derjenigen Tumorpartien nachzulesen, die der Autor nicht abbildet. Manchmal kann man aber schon aus den Abbildungen mit Sicherheit entnehmen, daſs die Autoren epitheliale Geschwülste vor sich hatten, z. B. bei Volkmann, Tafel I, Fig. 1; bei Looser besonders Fig. 5, 6 und 7; bei Ziegler „Endotheliom“ der Pleura; Chondrofibrom der Parotis mit Angiosarkom. Aus der Mannigfaltigkeit, welche die in Rede stehenden Tumoren zeigen, ergibt sich, um es nochmals hervorzuheben, die Notwendigkeit einer restlosen Durchuntersuchung. An welcher Stelle sich die für die epitheliale Genese absolut beweisenden Partien befinden, ist von vornherein nicht anzugeben. Ist eine restlose Durchuntersuchung aus äuſseren Gründen nicht möglich, so sind die betreffenden Tumorexemplare zur Beurteilung der Histogenese nicht verwertbar, d. h. man hat nicht das Recht Epitheliom auszuschlieſsen. Bezüglich der Fixierung des Materials ist für solche Tumoren die Fixierung in absolutem Alkohol besonders zu empfehlen. Zum mindesten sollte man auch in Alkohol fixieren und nicht etwa nur in Sublimat oder gar Müller-Formol.

Sollte es mir gelungen sein mit meinen Ausführungen das ja schon vielfach vorhandene Miſstrauen gegen die Endotheliome auch in solche Kreise zu tragen, wo dieses Miſstrauen noch nicht oder nur wenig vorhanden ist, so ist der Zweck dieses Aufsatzes erfüllt. Mehr zu bringen war hier nicht meine Absicht. Das in Betracht zu ziehen, bitte ich diejenigen, die über die „Endotheliome“ schon längere Zeit ähnlich oder ebenso denken wie ich.

---

## Literatur.


1. **Clairmont, Diagnose und Therapie des Basalzellenkrebses.** *Arch. f. klin. Chir.* **1907. B. 84, S. 98.**
2. **Coenen, Über Endotheliome der Haut. Ebenda. 1905. Bd. 76.**
3. **— Die geschichtliche Entwicklung der Lehre vom Basalzellenkrebs.** *Berl. klin. Wochenschr.* **1907. Nr. 21.**
4. **— Zum Basalzellenkrebs.** *Berl. klin. Wochenschr.* **1907. Nr. 36.**

5. Dalla Favera, Ein Beitrag zur Kenntnis der Pigmentnaevi. *Zieglers Beitr.* 1908. Bd. 43, S. 48. (Literatur über weiche Naevi.)
6. Ehrich. Zur Kenntnis der Speicheldrüsentumoren. *Beitr. z. klin. Chir.* 1906. Bd. 51.
7. v. Hansemann, Einige Bemerkungen über Epidermiscarcinom. *Berl. klin. Wochenschrift.* 1907. Nr. 23.
8. Juliusberg, Fritz, Lymphangio-Endothelioma cutis abdominis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908. Bd. 89. (Literatur über Endotheliome der Haut.)
9. Krompecher, Der Basalzellenkrebs. Fischer, Jena 1903. (Literatur.)
10. — Über Verbindungen, Übergänge und Umwandlungen zwischen Epithel, Endothel usw. *Zieglers Beitr.* 1905. Bd. 37, S. 28.
11. — Zur Histogenese und Morphologie der Mischgeschwülste usw. *Zieglers Beitr.* 1908. Bd. 44, S. 88.
12. — Über die Beziehungen zwischen Epithel und Bindegewebe usw. Ebenda. S. 131.
13. Kyrle, Über einen Fall von Naevosarkom usw. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908. Bd. 90, S. 131.
14. Looser, Zur Kenntnis der endothelialen Geschwülste der Kopfregion. *Beitr. z. klin. Chir.* 1906. Bd. 52.
15. Mönkeberg, Die Tumoren der Glandula carotica. *Zieglers Beitr.* 1905. Bd. 38, S. 1.
16. — Endotheliom in Lubarsch-Ostertags Ergebnissen. 1906. 10. Jahrgang. Literatur.
17. Morpurgo, Referat über italienische Literatur in Lubarsch-Ostertags Ergebnissen. 1908. 12. Jahrgang.
18. Ribbert, Beiträge zur Entstehung der Geschwülste. Zweite Ergänzung zur Geschwulstlehre. Cohen, Bonn 1907.
19. Stockmann, Über Hidrocystoma tuberos. multiplex. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908. Bd. 92. (Literatur über Syringocystadenom.)
20. Unna, Histopathologie: Kapitel: Weiche Naevi, Syringom, Carcinom.
21. Winkler, Max, Über Psammome der Haut und des Unterhautgewebes *Virchows Arch.* Bd. 178, 194. (Literatur über Psammome.)
22. Zipkin, Rahel, Hyalinähnliche kollagene Kugeln als Produkte epithelialer Zellen usw. *Virchows Arch.* 1905. Bd. 182, S. 374.

# Aus der Praxis.

## Die Behandlung der Ichthyosis mit Eucerin.

Von

P. G. Unna.

Im allgemeinen gilt die Ichthyosis als eine unheilbare Krankheit; die Behandlung soll nur palliativ Nutzen gewähren. Sieht man sich aber daraufhin die Lehrbücher genauer an, so stehen eigentlich ganz auf diesem Standpunkt nur die älteren Wiener Kompendien, indem sie den drei Indikationen: Erweichung, Desquamation und Einfettung durch die drei Empfehlungen der Bäder, Seifen und Fette zu genügen suchen.

In allen späteren Arbeiten und Lehrbüchern bricht sich dagegen mit mehr oder weniger Bestimmtheit die Ansicht Bahn, daſs gewisse Medikamente doch einen mehr als palliativen, nämlich einen umstimmenden Einfluſs auf das Hautorgan besitzen, derart, daſs nach länger fortgesetztem Gebrauche derselben das Eintreten der Rezidive verzögert und nach jahrelanger Anwendung hier und da auch eine völlige Heilung herbeigeführt werden kann. Es ist auch eigentlich kein stichhaltiger Grund vorhanden, daſs unter zweckmäſsiger Behandlung die Ichthyosis, wenigstens in milderen Fällen, nicht ausheilen sollte, da doch schon der ältere Hebra vollkommene Heilung nach Masern und Scharlach beobachtet hat und eine Besserung zur Zeit der Pubertät in vielen Fällen spontan eintritt. Systematischen und energischen Versuchen nach dieser Richtung wirkt noch viel zu viel das alte Dogma des „Angeborenseins" der Ichthyosis entgegen, obwohl jeder weiſs, daſs die Krankheit sehr selten vor dem zweiten Lebensjahre auftritt.

Indem ich eine Reihe von vereinzelt gebliebenen Empfehlungen übergehe, wie den inneren Schwefelgebrauch (Hardaway), den äuſseren Gebrauch von Jodkalium (Milton), Bromocoll (Janovsky), will ich nur auf diejenigen Mittel etwas näher eingehen, die sich als wirkliche Heilmittel der Ichthyosis einen gröſseren Kreis von Verehrern gewonnen haben. Dieselben lassen sich in zwei Gruppen bringen:

1. Reduzierende Substanzen und Phenole.
2. Glycerin.

In die erste Gruppe gehören die Empfehlungen des Schwefels (UNNA, LESSER), des Resorcins (ANDEER, NEISSER, STELWAGON), des Ichthyols[1] (UNNA), der Salicylsäure (NEISSER, JANOVSKY), des Naphtols (KAPOSI).

Die Empfehlung des Glycerins verdanken wir LAILLER, dem sich von deutschen Autoren JARISCH angeschlossen hat. In Frankreich ist die Behandlung mit Glycerin oder Unguentum Glycerini geradezu die klassische Ichthyosisbehandlung geworden. Sie wird meistens in der Weise ausgeführt, dafs nach einem Seifenbade der Körper täglich mit 10 %igem Glycerinwasser eingerieben wird. Das Schlüpfrigmachen der Haut mittelst Glycerin scheint in der Tat einen viel nachhaltigeren Einflufs auf die Ichthyosis zu besitzen als das Einfetten mit anderen Schmiermitteln. Es hat allerdings den Nachteil, dafs es von einem nicht gerade angenehmen Gefühl des Klebrigseins und der Kälte begleitet ist. Als Zusatz zu anderen äufserlichen Ichthyosismitteln hat sich indessen Glycerin allgemein bewährt und eingeführt.

Diesen Mitteln, die als die bisherige Grundlage für eine spezifische Behandlung der Ichthyosis gelten können, möchte ich nun nach den Erfahrungen der letzten Zeit das Eucerin[2] anreihen. Im Frühjahr 1908 besuchte mich ein Herr aus Mitteldeutschland mit seinem an einer Ichthyosis nitida mäfsigen Grades leidenden Sohne. Es wurde beschlossen, eine energische Kur bis auf die grofsen Ferien im Juli zu verschieben und ich verordnete inzwischen aufser Abwaschungen mit Salicylseife als Einfettungsmittel: Eucerin-Coldcream, ohne im mindesten daran zu denken, dieses Mittel könne einen anderen Erfolg haben als den palliativen des darin enthaltenen Unguentum paraffini. Im Juli stellte sich der betreffende Vater mit seinem Sohne wieder ein und erklärte, strahlend vor Glück, eine weitere Kur sei unnötig. Die Salbe habe seinen Sohn völlig kuriert. Sehr ungläubig ging ich an die Untersuchung, mufste aber nach eingehender Prüfung gestehen, dafs in der Tat von der früheren Ichthyosis keine Spur zurückgeblieben sei. Auch die abnorm gefelderte Beschaffenheit der Hornschicht, wie sie nach der gewöhnlichen Reinigung ichthyotischer Häute mit Seife und Fett zurückbleibt, war völlig geschwunden. Da damals gerade zwei junge Leute aus Rufsland, Bruder und Schwester, beide mit ziemlich starker Ichthyosis nitida behaftet, meine Klinik aufsuchten, be-

---

[1] Dieselbe kann in diesem Jahre ihr 25jähriges Jubiläum feiern. Der allererste Fall von Heilung einer Hautkrankheit durch Ichthyol, den ich 1884 beobachtete, war nämlich ein Fall von Ichthyosis, der denn auch dem Ichthyol seinen Namen gab. Der Entdecker des Ichthyols, Herr SCHRÖTER, zog es allerdings vor, den Namen Ichthyol durch die Fischabdrücke im Seefelder Gestein zu begründen.

[2] P. G. UNNA, Über die Hydrophilie des Wollfettes und über Eucerin, eine neue, aus dem Wollfett dargestellte Salbengrundlage. *Medizinische Klinik*, 1907, Nr. 42 und 43.

schlofs ich, sofort einen entsprechenden Versuch zu machen und verordnete auch bei ihnen eine tägliche Abwaschung mittelst Salicylseife und nachherige Einfettung mit Eucerin-Coldcream. Auch in diesen beiden Fällen trat glatt in zwei Wochen eine anscheinend völlige Heilung ein.

Seitdem habe ich in allen ambulatorischen, klinischen und poliklinischen Fällen von Ichthyosis nur noch Eucerin oder Eucerin-Coldcream als Einfettungsmittel benutzt und in jedem einzelnen Falle mit befriedigendem Erfolge. Nicht nur zeigte sich die Umwandlung der Hornschicht rascher als bei den bisher gebräuchlichen Fetten einschliefslich Glycerin, sondern sie war auch vollständiger. In jedem Falle, wo vorher schon andere Mittel angewendet worden waren, zogen die Patienten aus eigenem Antriebe die Einfettung mit Eucerin-Coldcream jeder anderen vor. Ob bei längerem Gebrauche des Eucerins in einem gröfseren Prozentsatz der Ichthyotischen eine vollkommene Heilung eintritt als bei den bisherigen Mitteln, kann erst eine mehrjährige Beobachtung lehren. Vor der Glycerinbehandlung hat die Eucerinbehandlung jedenfalls den Vorteil, dafs sich die Haut nicht klebrig, sondern trocken und geschmeidig anfühlt. Selbstverständlich läfst sich auch das Eucerin mit Glycerin (etwa zu gleichen Teilen) verbinden und das Eucerinum anhydricum auch als Grundlage der oben genannten reduzierenden Mittel benutzen; aber ich würde den Kollegen raten, zunächst die Wirkung des einfachen Eucerins oder Eucerin-Coldcreams ohne jeden Zusatz zu erproben.

Soviel geht aus diesen Erfahrungen mit Sicherheit hervor, dafs das Eucerin nicht blofs die einfache Kühlsalbengrundlage ist, als welche ich es im vorigen Jahre empfahl. Das Eucerin besitzt entschieden auch bestimmte selbständige Wirkungen auf die Oberhaut, ein Schlufs, zu dem gleicherweise die seitherige klinische Erfahrung wie neuere chemische Untersuchungen von Lifschütz hindrängen. Ich hoffe, hierüber in einiger Zeit Mitteilungen machen zu können.

---

## Versammlungen.

### Gesellschaft der Charité-Ärzte.

Sitzung vom 28. November 1908.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 3.)

**Sarcoma haemorrhagicum multiplex**, von Lesser. Die Krankheit beginnt an den äufsersten Enden der Extremitäten, zunächst mit blauroten Schwellungen und polsterartigen Auftreibungen. Später werden Rumpf, Gesicht und Schleimhäute befallen. Es kommt regelmäfsig auch zu regressiven Veränderungen. Abheilung mit Pigmentierungen. Histologisch erwiesen sich die Knoten als Spindelzellensarkom mit aufser-

ordentlich starker Ausweitung der Blutgefäfse. Fast nur werden russische Juden befallen. Heilmittel sind Arsen und Röntgenstrahlen.

**Krankenvorstellung (Lichen ruber pemphigoidés)**, von Rissom. Die Diagnose Lichen ruber beim 27jährigen Manne wurde durch typische Effloreszenzen an der Wangenschleimhaut und histologische Untersuchungen der Knötchen gesichert. Vor Ausbruch des bullösen Exanthems war kein Arsen gegeben; nach Arsenmedikation heilte dasselbe ab.

**Lues maligna mit Hepatitis interstitialis**, von Mickley.

*Arthur Schucht-Danzig.*

---

**Proceedings of the Royal Society of Medicine.**
Dermatological Section.
Bd. II. Nr. 2.

Sitzung vom 19. November 1908.

**Über multiple entzündliche Knötchen des Hypoderma**, von A. Whitfield. Abgesehen von den bei Syphilis und Tuberkulose entstehenden Knoten im subcutanen Gewebe interessieren namentlich die als Bazinsches Erythema induratum bekannten Läsionen. W. ist der Meinung, dafs unter diesem Namen oft mehrere ätiologisch verschiedene Affektionen zusammengeworfen werden. Er schildert folgende vier Fälle, von denen zwei bereits publiziert sind: Bei Nr. 1, einer 37jährigen verheirateten Frau, ergab die histologische Untersuchung eine ausgesprochene entzündliche Veränderung der das Knötchen durchziehenden kleinen Venen. Die bakteriologische Untersuchung ergab ein durchaus negatives Resultat. Ein bemerkenswertes Symptom waren bei diesem Falle die anhaltenden intensiven Schmerzen. Bei einem anderen Falle, eine 39jährige Frau betreffend, zeigte sich an den Knötchen eine Resorption des Fettes und Ersatz desselben durch grofse granulierte Zellen mit scharf markierten Kernen, während die älteren Partien durch faseriges Narbengewebe gebildet wurden. Eine dritte Patientin im selben Alter bot klinisch dasselbe Bild dar. Bei ihr sowie bei einer vierten 40jährigen Kranken konnten Tuberkulose und Syphilis ausgeschlossen werden, im übrigen war die Ätiologie zweifelhaft. Aus diesen seinen eigenen Beobachtungen und einer Zusammenstellung aus der Literatur folgert W., dafs verschiedene Faktoren hierbei mitwirken, in erster Linie vielleicht Zirkulationsstockungen, wenn auch dieses Moment allein jedenfalls nicht zur Erklärung des Entstehungsmodus ausreicht.

**Ein Fall von Akne scrophulosorum**, von H. G. Adamson. Betrifft ein 25jähriges Mädchen ohne nachweisbare Lungenaffektion, mit vereinzelter Drüsenschwellung und wohlausgeprägten Hautläsionen. Redner demonstriert auch die histologischen Verhältnisse an mikroskopischen Präparaten.

**Ungewöhnlicher Typus eines Naevus vasculosus**, von H. G. Adamson. Die recht ausgebreitete Affektion umfafste die Achselhöhle und einen Teil des Armes und hatte grofse Ähnlichkeit mit einem Erythem mit ödematöser Randzone.

**Fall von Syphilisausschlag bei einem Psoriasiskranken**, von S. E. Dore. Die bei dem 42jährigen Patienten, welcher seit seinem achten Lebensjahr an rekurrierenden Attacken von Psoriasis gelitten hatte, neu entstandenen Läsionen lassen die Diagnose Syphilis nicht absolut sicher stellen.

**Über das Vorkommen eines ungewöhnlichen Bacillus in den Läsionen bei Rosacea**, von J. Galloway und K. Goadby. Im Verlauf einer Rosacea von etwa siebenjähriger Dauer entwickelten sich bei der 46jährigen Patientin vereinzelte dunkelrote Papeln, in deren Innerem in der Regel eine kleine Ansammlung von

serösem Eiter entstand, wie dies gelegentlich vorkommt. Die bakteriologische Untersuchung lieferte einen ungewöhnlichen, den Verfassern unbekannten Bacillus, der sich in Reinkultur züchten liefs. Die Abbildungen zeigen einen 3—5 $\mu$ langen, vielfach perlschnurartigen, ziemlich breiten Bacillus. Auf Agar, Gelatine, Blutserum und verschiedenen anderen Nährmedien gedieh der Mikroorganismus gut, nicht aber oder nur sehr wenig auf anaëroben Nährmitteln. WHITFIELD meint, dafs er denselben Bacillus im Eiter von Akne vulgaris angetroffen hat.

**Ein Fall zum Diagnostizieren,** von E. G. G. LITTLE. Die am Stamme des Patienten und an den Oberschenkeln recht ausgedehnte, plötzlich entstandene Affektion liefs sowohl die Diagnose Pityriasis rubra pilaris als auch Lichen planus berechtigt erscheinen.

**Fall von RECKLINGHAUSENscher Krankheit,** von E. G. G. LITTLE. Bei dem zwölfjährigen Knaben fanden sich mehrere wohl ausgebildete Läsionen. Dunkelbraune Flecke fanden sich laut Angabe der Mutter schon bei der Geburt.

**Ein mit Fibrolysin behandelter Fall von RECKLINGHAUSENscher Krankheit,** von F. E. FENTON. Bei einer 52jährigen Patientin mit 2—300 erbsen- bis walnufs- und sogar hühnereigrofsen Tumoren wurden nach chirurgischer Entfernung der gröfsten Läsionen Fibrolysininjektionen (etwa zwölf) mit vorzüglichem Erfolg gegeben.

**Eine Patientin mit Akrodermatitis perstans (HALLOPEAU),** von H. RADCLIFFE CROCKER. Bei der Demonstration dieses Falles bemerkt C., dafs er einmal diese Affektion heilen sah unter fortgesetztem Baden in Bleiwasser und Verband mit Leinsamenölsalbe.

**Ein mit einer speziellen Vaccine behandelter Fall von Lepra,** von M. MORRIS und NICHOLLS. Der 24jährige Patient stammte von der Insel Mauritius und bot ziemlich ausgedehnte Symptome der Lepra tuberosa dar. Nach 33 Injektionen der Vaccine ist eine sehr erhebliche Besserung der Läsionen eingetreten, wobei auch einige Bestrahlungen mit Röntgenstrahlen mitgewirkt haben. Die Vaccine wurde hergestellt durch Exzision eines kleinen Lepraknötchens, welches 14 Tage lang in Glycerin-Bouillon im Brutschrank belassen wird, worauf nach Eintrocknung eine Bazillenemulsion in bestimmter Konzentration bereitet wird.

**Ein Fall von Ulcus rodens,** von M. MORRIS. Bei einem 48jährigen Mann wurde ein seit 14 Jahren bestandenes, ausgedehntes Ulcus rodens der Nase durch eine einmalige Bedeckung mit Radium zur Heilung gebracht.

**Akne aquinata,** von G. W. DAWSON. Bericht (mit Abbildung) über einen ausgeprägten Fall bei einem 22jährigen Mädchen und Darlegung der histologischen Verhältnisse an einem Mikrophotogramm eines exzidierten Knötchens. Dasselbe erstreckt sich bis in die Tiefe des Coriums und zeigt zahlreiche Plasmazellen und Riesenzellen.

### Epidemiological Section.

**Die intermittierende Infektiosität des Scharlachs,** von W. BUTLER. Der Zeitpunkt, wann ein mit Scharlach infiziertes Individuum nach überstandener Krankheit aufhört, eine Infektionsgefahr für seine Umgebung zu bilden, ist schwer zu bestimmen, und die gewöhnlich geübte Quarantäne von vier bis fünf Wochen bietet keine Gewähr eines sicheren Schutzes, wie aus den noch immer ziemlich zahlreichen Fällen von Heimkehrinfektion hervorgeht. Dafs viele als einfache Halsentzündung geltende Affektionen skarlatinösen Ursprungs und Quelle der Infektion sind, findet in folgender statistischen Zusammenstellung eine Stütze: unter 1266 Häusern, in denen Scharlacherkrankungen festgestellt wurden, wurden 395 notiert, in denen innerhalb Monatsfrist jemand an Halsentzündung (ohne etwaige sonstige Scharlachsymptome) gelitten hatte. In 1644 daraufhin geprüften scharlachfreien Häusern hatten nur 47 Personen in den letzten vier Wochen über Halsentzündung zu klagen gehabt. An einer gröfseren

Reihe von detailliert mitgeteilten Beobachtungen demonstriert B. ferner, daſs nicht der Infektionsstoff allein, sondern eine gewisse körperliche Beschaffenheit des Individuums zum Akquirieren der Krankheit ausschlaggebend ist. Aufzeichnungen ferner über 93 Fälle von Heimkehrinfektion ergaben eine Erkrankung binnen einer Woche in 32 Fällen, binnen 14 Tagen in 21 usw., und bei 11 Kranken war das infizierende Individuum länger als einen Monat schon entlassen worden.

Electro-therapeutical Section.

**Über Röntgendermatitis und deren Verhütung,** von J. Hall-Edwards. Das Beobachtungsmaterial zu diesem Vortrag lieferte das tragische Leiden des Redners selbst, welcher als weitere Folgen der durch das längere Arbeiten mit Röntgenstrahlen akquirierten Dermatitis der Hände nekrotische Vorgänge der Haut und der Knochen erlitt, so daſs die Amputation beider Hände ausgeführt werden muſste. Die vorgelegten Photo- und Radiogramme gaben ein anschauliches Bild der verschiedenen Läsionen. Im übrigen handelt der Vortrag hauptsächlich von den technischen Schutzmitteln für Röntgenarbeiter.

McCulloch demonstrierte **degenerierte Nervenfasern in der durch Röntgendermatitis affizierten Haut** und die als weitere Folgen entstehenden Wucherungen, deren anatomische Struktur einen entschieden epitheliomatösen Charakter aufweist, wenn auch in biologischer Beziehung die Malignität fehlt.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

# Fachzeitschriften.

## Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1909. Heft 1.

**Der Steinkohlenteer in der Dermatologie,** von Brocq. Angeregt durch das Vorgehen von Leistikow und Dind (Lausanne), die mit dem Erfolg des rohen Steinkohlenteers bei verschiedenen Dermatosen sehr zufrieden waren, hat auch Brocq dieses Mittel in seiner Klinik in zahlreichen Fällen angewandt und ist gleichfalls, nach Miſserfolgen, die auf seine allzu wahllose Verwendung zurückzuführen sind, zum Lobredner dieses Teers geworden, vorausgesetzt, daſs man das richtige Präparat wählt. Denn der rohe Steinkohlenteer entwickelt ganz verschiedene Eigenschaften je nach dem Material — z. B. englische oder deutsche Kohle — aus dem er gewonnen ist, und je nach der Art, wie er hergestellt wird (Schnelligkeit der Destillation, Bau der Apparate). Es muſs der Teer sein, der bei der Herstellung des Leuchtgases zurückbleibt.

Dieser rohe Steinkohlenteer nun erweist sich bei den hartnäckigen Ekzemformen, sobald sie frei von eitererregenden Kokken sind, als äuſserst wirksam. Er reizt die Haut nur sehr wenig, trocknet sie aus, setzt ihre Schwellung und Entzündlichkeit herab und beseitigt das Jucken für längere Zeit. Wegen seiner groſsen Billigkeit verdient er vor andern Mitteln den Vorzug.

Die Natur seiner Wirkung ist nicht nur eine rein mechanische, sondern auch eine chemische, d. h. er wirkt nicht nur als Firnis, sondern auch durch die in ihm enthaltenen Stoffe; denn als Brocq ihn mittels Filtration der festen, ihn schwarz färbenden Bestandteile beraubt hatte, war er auch in seiner Wirksamkeit verändert.

Seine Anwendungsweise ist folgende: Schuppen, Krusten und Eiterherde (Pyodermitiden) müssen vorerst entfernt werden; alsdann trägt man den Teer in dicker Schicht auf und läfst ihn möglichst lange — mindestens 20 Minuten bis stundenlang — eintrocknen, bis man ihn reichlich mit Talkum bestreut und mit feinem Leinen bedeckt. Je nach der Reaktion der Haut und des Patienten entfernt man diesen Verband nach 24—48 Stunden, um ihn im Bedarfsfall nach einigen Tagen wieder zu erneuern. Beunruhigende Symptome sind bei dieser Anwendungsweise und bei richtiger Auswahl der Fälle — pruriginöse und hartnäckige Ekzemformen — nie zutage getreten. Es stellt sich wohl zuweilen ein stundenlang anhaltendes lebhaftes Brennen ein, man tut aber gut, den Verband liegen zu lassen, das Brennen hört nach einiger Zeit von selber auf.

**Die Behandlung des Ekzems mit Steinkohlenteer,** von A. Jambon-Lyon. Auch Jambon hat eine grofse Reihe von Ekzemen — er gibt einen kurzen Bericht über 50 Fälle — mit rohem Steinkohlenteer behandelt und ist mit dem Erfolg sehr zufrieden. Meistens hat er den Teer unvermischt angewandt; will man eine Salbe, so empfiehlt sich am besten eine Mischung zu gleichen Teilen mit Schweinefett. Für die von Leistikow empfohlenen Salben scheint J. nicht besonders eingenommen. Auch er besteht darauf, vor Anwendung des Teers den Ekzemherd gründlich zu desinfizieren. Zu diesem Zweck wäscht man ihn zuerst mit Seifenwasser, entfernt alle Krusten und Eiterherde und reinigt alsdann mit Methylenblau (1:150—200). Die aufgetragene Teerschicht noch mit Talkum zu bepudern hält er für unpraktisch; er empfiehlt dagegen, ihn mit einer dünnen Gazeschicht zu bedecken, die leicht wieder abgehoben werden kann, wenn der Verband nach einigen Stunden trocken ist. Nach 48 Stunden entfernt man den Teer wieder, indem man ihn mit Mandelöl — er löst sich weder in Wasser noch in Seifenwasser — wegwischt. Zur Reinigung der eigenen Hand von Teerflecken kann man Äther, Chloroform, Benzin nehmen. — Ist das Ekzem nach dem ersten Verband nicht geheilt, so wiederholt man ihn mehrmals in derselben Weise. Der günstige Einflufs des Teers auf das Ekzem erklärt sich aus mehreren Umständen.

Er wirkt einmal als durchlässiger Firnis, der die Perspiration der Haut begünstigt; er übt ferner eine antiseptische und — darin sind alle Patienten übereinstimmig — eine anhaltende antipruriginöse Wirkung aus; er entwickelt reduzierende Eigenschaften und befördert die normale Keratinisation der Haut. Eine unerwünschte Nebenwirkung ist, dafs er vermöge seines Karbolsäuregehalts zur Bildung von oberflächlichen nekrotischen Inseln führen kann. — Bei den licheninfizierten und fissurierten Ekzemen der Beugeseiten der Gelenke, desgleichen bei den papulovesikulösen Ekzemen, deren einzelne Elemente weit auseinandergerückt sind, sah Verfasser keine Erfolge von der Teerbehandlung, günstige dagegen beim Pruritus vulvae und ani ekzematöser Herkunft.

**Tuberkulöse Gummata der Haut und kalte Abscesse,** von Lahaussois. 23jähriger Patient. Beginn der Erkrankung mit Husten und Abmagerung. Infiltration der linken Lungenspitze. Im weiteren Verlauf zahlreiche Gummata der Haut sowie subkutane und submuskuläre Abscesse, deren tuberkulöse Natur durch die Untersuchung festgestellt wurde. Ein Jahr lang hielt sich Patient in gutem Ernährungszustand, bis dann eine akute Lungentuberkulose seinem Leben ein rasches Ende setzte. Zur Erklärung des Falles nimmt Verfasser an, dafs es von dem Lungenherd aus zu einer tuberkulösen Pyämie kam.

*Türkheim-Hamburg.*

---

## Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. IX, Nr. 1—3.

**Der klinische Mittwoch im Hospital St. Louis, Vortrag von Prof. Gaucher,** von L. Bizard. Demonstration von Syphilisfällen. Einer syphilitischen Frau ist wegen vermeintlicher Tuberkulose des Kniegelenkes das Bein amputiert worden. Bei Nephritis der Luetiker ist das Verhältnis von Harnstoff zum Gesamtstickstoffgehalt des Urins ein wichtiger Anhaltspunkt für die Darreichung von Hg. Beträgt derselbe weniger als 82%, so ist die Hg-Behandlung kontraindiziert. Auch kann man die Duchlässigkeit der Nieren durch Verabreichung von 0,3 g JK und den Nachweis von dem Auftreten von Jod im Urin prüfen.

**Entwurf eines von der Société française de prophylaxie sanitaire et morale vorgeschlagenen Gesetzes betreffs der Reglementierung der Prostitution.** Der Inhalt der hier im Wortlaut angeführten Paragraphen ist in den vorigen Nummern bereits angegeben.

**Die ärztliche Beaufsichtigung der Prostituierten in Paris im Jahre 1907,** von L. Butte-Paris. Nach dieser Zusammenstellung scheint die Zahl der ansteckenden Krankheitsfälle unter den Prostituierten im Jahre 1907 eine kleine Steigerung gegen frühere Jahrgänge erfahren zu haben. Zur Beobachtung standen 8593 Dirnen. Von diesen lebten 425 in Bordellen, während 5946 als eingeschriebene und 2222 als nicht eingeschriebene Prostituierte verzeichnet sind. Unter der ersten Gruppe fanden sich nur 4 Kranke (3 syphilitische, 1 nicht syphilitische). Bei der zweiten Klasse fanden sich 225 syphilitische und 192 sonst venerisch Kranke; von den nicht eingeschriebenen Prostituierten wurden 336 als syphilitisch und 538 als sonst infiziert nachgewiesen. Es ergibt sich aus diesen Zahlen wiederum eine unverhältnismäfsig gröfsere Erkrankungsziffer für die unter weniger scharfer Kontrolle stehenden (allerdings wohl durchweg jugendlicheren) frei wohnenden Prostituierten.

**Die Behandlung der Angiome und der Epitheliome der Haut mittels Radium,** von G. Bureau. Aus seiner eigenen Praxis berichtet B. über zwei Fälle von Naevus flammeus, welche er mit Radium erfolgreich behandelt hat. Der eine Fall betraf ein achtjähriges Mädchen, bei welchem ungefähr die Hälfte des Gesichts affiziert war, die andere ein acht Monate altes Kind mit einem ausgebreiteten Naevus der Wange und der Schläfe. Die Applikation des Radiumträgers bei Verwendung einer dünnen Aluminiumplatte hat bei 5 resp. 2½ stündiger Einwirkung einen durchaus befriedigenden Erfolg erzielt. Im übrigen enthält die Mitteilung eine Darstellung der wesentlichsten physikalischen Eigenschaften des Radiums resp. von dessen Salzen (Sulphat und Bromid) und der von Danlos, Wickham, Domenici u. a. publizierten Beobachtungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1908. Heft 11 und 12.

**Zur Mikrobiologie der Syphilis,** von J. Meneau. Diese Arbeit zerfällt in zwei Abteilungen, deren erste das vorliegende Heft bringt. Sie ist rein historisch und bringt einen Überblick über alle die Arbeiten, die bis zum Jahre 1905 — in welchem Jahr Siegel seinen Cytorrhyctes und Schaudinn-Hoffmann die Spirochaeta pallida fanden — über den Erreger der Syphilis veröffentlicht wurden. Besonders hervorgehoben zu werden verdient, dafs Donné schon 1837 auf der Schleimhaut der gesunden und kranken Geschlechtsteile eine Spirille fand, die er Trichonoma vaginale nannte und die er für den Urheber der Syphilis hielt. Diese Spirille, die später auch beim Hospitalbrand beobachtet wurde, scheint mit der Spirochaeta refringens identisch

zu sein. Interessant ist ferner zu erfahren, dafs MESSENGER BRADLEY 1871 die Syphilis auf ein Meerschweinchen und eine Katze übertrug; alle seine übrigen Versuche waren erfolglos geblieben.

Die zweite Abteilung, die noch aussteht, wird sich mit der durch die Entdeckung des Cytorrhyctes und der Spirochaeta hervorgerufenen Literatur beschäftigen.

**Ungewufste Syphilis**, von HENRI MALHERBE. Unter ungewufster Syphilis — Syphilis ignorée — versteht M. solche, von der der Träger selber nichts weifs. Es ist gar nicht selten der Fall, sagt er, dafs Leute mit sekundärer oder tertiärer Lues zum Arzt kommen und gar nicht wissen, dafs sie syphilitisch sind. M. gibt verschiedene Ursachen für dieses Vorkommen an. Einmal: die Syphilis wird nicht als solche diagnostiziert, weil die Symptome zu unbedeutend sind oder weil die Übertragung eine extragenitale war. Ferner die Lues hereditaria. Wenn aber Verfasser als Ursache für die ungewufste Syphilis auch die Tatsache anführt, dafs ihr Träger sie absichtlich leugnet und verheimlicht, so fällt das doch allzusehr aus der Definition heraus; das ist doch keine ungewufste Syphilis mehr. Im übrigen ist angesichts der Tatsache, dafs Verfasser in 14 Jahren über 80 solcher Fälle von unerkannter Syphilis beobachtet hat, seine Warnung wohl am Platz, jeden nur halbwegs zweifelhaften Fall auf Lues zu behandeln.

**Über die blauen Flecke (Vorhandensein eines Farbstoffes in den Filzläusen)**, von PELLIER. Die Arbeit ist in diesen Heften in Übersetzung erschienen.

**Aus dem Garnisonlazarett in Marseille**, von L. BATUT. B. berichtet über eine Reihe von Krankengeschichten; zwei Fälle von Periostitis und Osteomyelitis des Sternum, der eine tuberkulöser Natur, der andere im Anschlufs an einen Typhus; zwei Fälle von Urethrotomia externa wegen Strictura postblennorrhoica; desgleichen zwei Fälle von Arthritis blennorrhoica suppurativa des Knies; und endlich ein Fall von Karbunkel der Oberlippe. *Türkheim-Hamburg.*

---

**Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.**
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)
1908. Nr. 9—10.

1. **Morphologie der Spirochaeta pallida**, von FR. KRZYSZTALOWICZ und M. SIEDLECKI. Ein Teil der umfang- und inhaltsreichen Arbeit, welche in der Sitzung vom 4. November 1907 der Akademie der Wissenschaften zu Krakau gelesen wurde. Die Arbeit enthält zahlreiche interessante und wertvolle Beobachtungen über die Formveränderungen und verschiedenartige Entwicklungsformen der Spirochaeta pallida, die teilweise in *diesen Monatsheften* (Bd. 46, Nr. 9) skizziert wurden.

2. **Die Lehre der venerischen Krankheiten in der polnischen Literatur**, von FR. GIEDROYĆ. Der erste Teil der Arbeit befafst sich mit der Geschichte der Syphilis in Polen. Nach der Mitteilung des polnischen Arztes MATEUSZ MIECHOWITA aus dem Jahre 1521 (*Chronica polonorum*) erschien die Syphilis zum ersten Male in Krakau im Jahre 1495. Es fehlen aber auch in den polnischen Chroniken nicht Angaben, die für die viel ältere Verbreitung der Syphilis in Polen eventuell sprechen könnten. So notiert DŁUGOSZ im Jahre 1382: „Decima octava mensis Martii die NICOLAUS DE KURNIK Posnaniensis episcopus, cum biennis in loco genitalium gravissimo cancri morbo ureretus, quartana febre correptus, in lingua et guttere adeo ulceratus, ut officio loquelae privaretur.....moritur." — Das erste polnische Krankenhaus für venerische Krankheiten wurde in Krakau im Jahre 1528 eröffnet. Dem Beispiele Krakaus folgten Posen (Mitte des XVI. Jahrhunderts) und Warschau (1591). Vor dieser Zeit wurden die Syphilitiker in Warschau in anderen Spitälern, aber auf eigene Kosten behandelt.

Nr. 11—12.

**Die Lehre der venerischen Krankheiten in der polnischen Literatur**, von Fr. Giedroyć. (Fortsetzung.) Der zweite, umfangreiche Teil der Arbeit enthält einen Überblick der polnischen Arbeiten auf dem Gebiete der Syphilis und des weichen Schankers, von Wojciech Oczko und Józef Straś (XVI. Jahrhundert) angefangen, bis zur neuesten Zeit. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

---

# Bücherbesprechungen.

**Handbuch der Dermatologie** (Prècis de Dermatologie), von J. Darier. (Mit 122 Textfiguren. Paris, Masson et Cie., Boulevard Saint-Germain 120.) Nach der einleitenden Bemerkung des Verfassers ist dieses Buch für die in eine dermatologische Spitalabteilung eintretenden Studierenden und als Repetitorium für Praktiker bestimmt. Infolgedessen fehlt alles Theoretische, nur Diagnose und Therapie ist berücksichtigt. Da es dem Verfasser besonders auf die Anleitung zur Diagnosenstellung ankam, bei der die Anschauung und die morphologische Erkenntnis und Differenzierung der Hautsymptome, d. h. der architektonischen Elemente, aus denen sich eine Hauterkrankung aufbaut, die Hauptsache ist, so ergab sich eine ganz eigenartige Einteilung des Stoffes. Sein Buch zerfällt in zwei Teile. Im ersten Teil untersucht D. die dermatologischen Elementarformen, bei denen er einerseits die Primärelemente (Papeln, Vesikel usw.), andererseits die krankhaften Veränderungen, welche die Haut im ganzen, die Haut als anatomischer Gebilde betreffen (Atrophie, Dyschromie, Haar- und Nägelerkrankungen), unterscheidet.

Im zweiten Teil werden die selbständigen Hauterkrankungen mit definierbarer Ätiologie, und zwar nach ätiologischen Gesichtspunkten geordnet, betrachtet. Dieser zweite Teil weist infolgedessen die natürlichste, klarste und beinahe selbstverständlichste Einteilung auf. Es folgen sich die arteficiellen Dermatosen, die Neurodermatosen, die parasitären und infektiösen Dermatosen. Letztere sind wieder in coccigene (Furunkel usw.), bacilläre (Tuberkulose, Lepra usw.), mykotische (Herpes tonsurans) und durch Trypanosomen hervorgerufene eingeteilt. Zuletzt kommen die Tumoren.

Bei weitem komplizierter sieht sich der erste Teil des Buches an, besonders da sehr oft auf einzelne im zweiten Teil besprochene Krankheiten vorausgegriffen werden mufs. In jedem Kapitel wird hier eine dermatologische Elementarform und im Anschlufs daran die Erkrankungen besprochen, welche sich entweder ausschliefslich aus dieser Elementarform zusammensetzen, oder welche in irgendeinem Stadium oder an irgendeiner Lokalisationsstelle diese Elementarform aufweisen. So kommt es, dafs manche erst im zweiten Teil ausführlich besprochene Erkrankungen schon hier berührt werden müssen.

Er beginnt mit dem Erythem als Eruptionsform und als selbständige Erkrankung. Ebenso werden die Urticaria, Pupura und Ekzem behandelt. Bei letzterem unterscheidet Ekzem (die bekannte polymorphe Symptomengruppe als Reaktion der Haut auf die verschiedensten mechanischen, parasitären oder physikalischen Reize), Ekzematose (das wirkliche Ekzem, als Krankheit für sich, als Diathese), Ekzematisation (die sekundäre Veränderung einer anderen Hautkrankheit) und Ekzematide (die trockenen seborrhoischen Ekzeme). Dann folgen die erythematosquamösen Dermatosen (seborrhoisches Ekzem, Pityriasis rosea, Psoriasis, Parapsoriasis und psoriasiforme Syphilide). Mit der Parapsoriasis identifiziert er die Parakeratosis

variegata und die ähnlichen von PINKUS, JADASSOHN, BROCQ und WRIGHT beschriebenen Erkrankungen.

In dem Kapitel der Erythrodermien unterscheidet er die primären Erythrodermien (Erythema scarlatiniforme, Pityriasis rubra Hebrae und die prämykotischen und leukämischen Erythrodermien), ferner die sekundären Erythrodermien bei anderen Hauterkrankungen (Psoriasis, Ekzem, Pemphigus usw.) und die kongenitalen Dermatitis exfoliativa neonatorum usw. Dann folgt die Papel und die papulösen Dermatosen (Prurigo, Lichen usw.), die vesikulösen (Herpes, Zoster), die pustulösen (Impetigo, Erythema usw.), die bullösen (Pemphigus usw.). Die Keratosen teilt er ein in: 1. diffuse (Pityriasis simplex bei Seborrhoe usw., Ichthyosis, kongenitale Hyperkeratosen); 2. regionäre (Keratoma plantare); 3. circumskripte disseminierte (senile Keratosen). Tuberkel, noduläre und ulcerative Formen schliefsen die Reihe der Primärelemente.

Dann kommen die krankhaften Veränderungen, welche die Haut im ganzen betreffen wie Atrophien, Hypertrophien, Dyschromien, Follikulosen, Trichosen, Onychosen und Hidrosen. Das Buch wird beschlossen durch eine kurze Übersicht über die gebräuchlichsten Medikamente. *Gunsett-Strafsburg.*

**Diagnose und Therapie der Syphilide,** von S. JESSNER - Königsberg. (Curt Kabitzsch, Würzburg 1909.) Dieses neue Werkchen des bekannten Verfassers schliefst sich seinen bereits erschienenen und in Praktikerkreisen äufserst beliebten dermatologischen Vorträgen würdig an. Ohne sich auf theoretische Erörterungen viel einzulassen, gibt es einen übersichtlichen Abrifs der Symptomatologie der Syphilis, der im zweiten Teil eine praktische Darstellung der Therapie mit eingehender Würdigung der verschiedenen Methoden folgt. J. ist Anhänger der chronisch - intermittierenden Behandlung und legt sie dem praktischen Arzte und Hausarzte, für den hauptsächlich das Buch geschrieben ist, dringend ans Herz. *Gunsett-Strafsburg.*

---

# Mitteilungen aus der Literatur.

## Blennorrhoe und Komplikationen.

**Über Coxitis blennorrhoica und ihre Beziehung zur Protrusion des Pfannenbodens,** von FRIEDRICH SCHLAGENHAUFER - Wien. (*Virchows Arch.* Bd. 194, Heft 2.) Das rechte Hüftgelenk einer 40jährigen, vorher gesunden Frau wurde durch einen bakteriologisch sichergestellten blennorrhoischen Prozefs innerhalb zweier Monate derart destruiert, dafs nach fast totaler Einschmelzung des Pfannenknorpels und des Knorpelüberzuges des Femurkopfes und -halses der knöcherne Pfannenboden zerstört wurde, die das Gelenk zusammensetzenden Knochenpartieen der drei Beckenknochen stark absumiert wurden und auch der Kopf und Hals des Oberschenkelknochens schwere destruktive Veränderung trug, ohne dafs er aber in seiner Längsachse verkürzt war. An Stelle des knöchernen Pfannenbodens fand sich eine aus blennorrhoischem Granulationsgewebe, dem inneren Beckenperiost und schwieliger Muskulatur bestehende Membran, die durch den in das Gelenk versunkenen Femurkopf kuppelartig gegen das Beckeninnere vorgewölbt war. Der Pfanneneingang war durch die verdickten Bänder verengert.

Diese blennorrhoische Coxitis entspricht allen Anforderungen, die Breus und Kolisko an einen Hüftgelenksprozefs stellen, aus welchem sich eine Pfannenbodenprotrusion dadurch entwickelt, dafs ein kariöser Prozefs die Pfanne ausfrifst und der Schenkelkopf das schwielig verdickte innere Periost in das Becken hineindrückt.

S. glaubt, die blennorrhoische Ätiologie für die Protrusion des Pfannenbodens bei allen diesen Fällen als wahrscheinlich sicher annehmen zu dürfen.

*Schourp-Danzig.*

**Die Wirkung der Gonokokkenimpfung auf die blennorrhoischen Arthritiden,** von Carlos Mainini-Buenos Aires. (*Presse méd.* 1909. Nr. 5.) M. behandelt vier Fälle von blennorrhoischem Gelenkrheumatismus mit Injektionen einer genau dosierten Gonokokkenaufschwemmung. Es stellte sich dabei eine schmerzstillende Wirkung ein, die bei zwei Fällen von nicht blennorrhoischem Gelenkrheumatismus nicht auftrat. Er schliefst daraus auf eine für blennorrhoische Arthritis spezifische Wirkung und will sie in Zweifelfällen zur Sicherung der Diagnose verwerten. Auf den Gang der Erkrankung waren die Einspritzungen von keinem Einflufs.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Moderne Behandlung der Epididymitis blennorrhoica,** von G. J. Müller-Berlin. (*Allg. med. Zentr.-Ztg.* 1908. Nr. 45.) Bei der akuten Nebenhodenentzündung wendet M. die von Schindler angegebene Punktion an; nach der Operation mufs der Patient feuchte Dunstverbände mit essigsaurer Tonerde machen. M. schätzt die durch die Punktion erreichte Abkürzung der Gesamtbehandlungsdauer auf ca. 20%. Ist die spontane Schmerzhaftigkeit geschwunden und die Druckempfindlichkeit relativ erträglich geworden, so beginnt der Verfasser mit der Anwendung der heifsen Luft mittels eines Lichtwärmebestrahlers, der aus einer Glühlampe und einem parabolischen Reflektor besteht; bei lange bestehenbleibender Schmerzhaftigkeit tat die Biersche Stauung und Saugung gute Dienste. Interne Darreichung von drei- bis viermal täglich 0,25 g Chinin unterstützt hierbei wesentlich in der Verminderung der Schmerzempfindlichkeit.

*Schourp Danzig.*

**Über ein sehr einfaches Vorbeugungsmittel gegen Blennorrhoe und andere Genitalinfektionen,** von Karl Fluss-Wien. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 2.) Unmittelbar vor dem Coitus soll die äufsere Harnröhrenmündung mit einer möglichst reichlichen Vaselindecke versehen werden. Das etwa haftenbleibende Trippersekret kann dann nicht mit der Harnröhrenschleimhaut in Berührung kommen; es bleibt am Vaselin haften und wird mit diesem sogleich nach dem Coitus durch gründliche Seifenwaschung entfernt. — Die Vaselineinfettung der gesamten Penishaut vor dem Coitus soll die Infektion mit Lues und Ulcus molle verhüten. *Schourp-Danzig.*

**Zur Blennorrhoetherapie,** von Arthur Berg-Riga. (*St. Petersb. med. Wochenschrift.* 1908. Nr. 45.) Jede chronische Gonokokkenurethritis und jede akute Blennorrhoe, bei der die Gonokokken nach Verlauf von 4 bis 5 Wochen nicht geschwunden waren, wurden vom Autor mit Druckspülungen nach Kutner behandelt. Gegenindikationen boten nur Prostatitis mit Gonokokkenbefund. Die Technik ist in der vom Autor modifizierten Form folgende: Der Nelaton-Katheter wird bis zum Bulbus eingeführt. Der Kontakt des Katheters mit dem Sphincter ext. soll ein reflektorisches Schliefsen desselben verursachen und ein Eindringen des Medikamentes in die Pars posterior verhindern. Der Katheter bleibt vor der Waschung drei bis fünf Minuten in der Urethra liegen. Die Arg.-Lösung wird auf 57° C erwärmt. Die Druckspülung wird jeden zweiten Tag vorgenommen, in Summa zehnmal, so dafs die Kur in 19 Tagen beendet ist. Die Konzentration der Arg. nitricum-Lösung ist am ersten Tage 1:1000, am dritten Tage 1:600, am fünften Tage 1:400, am siebenten Tage 1:200, am neunten und folgenden Tagen 1:150. Zu den ersten Spülungen nimmt er ein Quantum von 120 und später

105 ccm. Daneben läßt er die Patienten zu Hause eine Kalium permangan.-Lösung 1:4000 bis 1:1000 allmählich ansteigend, injizieren, am Tage der Spülung zweimal, sonst viermal täglich. Vor Beginn der Kur läßt er bei bestehender stärkerer Sekretion ein bis zwei Tage Kalium permanganicum zu Hause injizieren.

Bei dieser Behandlung stellte sich die Heilungsziffer (160 Fälle) auf 80%. Die mißlungenen Fälle werden mit Dehnungen nach KOLLMANN, eventuell elektrolytisch oder galvanokaustisch mit Hilfe des Urethroskopes behandelt.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Über Thyresol, ein neues Sandelölpräparat,** von PAUL RICHTER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 45.) Thyresol ist ein Santalylmethyläther. Außer als Flüssigkeit und in Kapseln wird es in Form von Tabletten von 0,25 Gehalt gereicht, welche mit Magnesia carbonica hergestellt sind. Die mitgeteilten ambulant behandelten Fälle sind für die Beurteilung der Wirksamkeit ziemlich wertlos, da jede Angabe über das Verhalten der Gonokokken bei dieser Behandlungsart fehlt. Dieses ist um so mehr zu verlangen, als Autor durch gleichzeitige frühzeitige Injektionen mit Solut. Zinci sulfocarbol. 1:2000 anscheinend möglichst schnelle symptomatische Besserung der Blennorrhoe zu erzielen bemüht ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Behandlung von Conjunctivitis blennorrhoica mittels Zinkionen,** von H. K. RAMSDEN-London. (*Brit. med. Journ.* 7. Nov. 1908.) Verfasser berichtet über einen nach zwei Tagen geheilten Fall von Conjunctivitis neonatorum. Er verwendete eine gewöhnliche Batterie mit Bichromatfüllung mit 20 Volt Spannung und 1/2 MA. Stromstärke. Auf die umgestülpte Conjunctiva wurde ein mit 2%iger Zincum sulphuricum-Lösung getränkter, mit dem positiven Pol verbundener Wattebausch appliziert. Die negative Elektrode wurde an der Hand des Kindes appliziert und die Durchleitung drei Minuten lang fortgesetzt. Etwa zwölf Stunden später war Besserung eingetreten; eine zweite Sitzung genügte zur Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Heilung des Pannus trachomatosus durch blennorrhoisches Sekret,** von WILH. GOLDZIEHER-Budapest. (*Szemészeti Lapok.* 1908. Nr. 34.) Ein Soldat akquirierte während seiner Dienstzeit ein Trachom. Nach einem Jahre, nach vergebens angewendeten therapeutischen Versuchen, kam er total blind in die Behandlung G.s. Ein dicker Pannus bedeckte beide Augen. Die Cornea war von massenhaften Granulationen belegt. Die Conjunctiven waren infiltriert und sezernierten lebhaft. Nach mehrwöchentlicher erfolgloser Behandlung wurde als „ultimum Refugium", blennorrhoisches Sekret in der Umschlagsfalte der Conjunctiven mit einem dünnen Glasstabe steril aufgetragen. Die Infiltration schwand bald und die Cornea hellte sich auf und der Visus wurde besser. — Der zweite Fall betrifft einen 13jährigen einäugigen blinden Buben. Die einzige Bulbus ist von dickem Pannus bedeckt, Visus = 0. Trachoma inveteratum war die Diagnose mit Trichiasis und narbiger Veränderung der Conjunctiva. Es war nichts zu verlieren, so wurde die Inokulation vorgenommen. In drei Tagen stellte sich heftige Entzündung, Ödem und reichliche Sekretion ein. In einigen Wochen klärte sich die Cornea fast ganz. Visus = von 6 m die Finger. Das Inokulationssekret wurde von einer Blennorrhoea neonatorum genommen, welche drei Wochen alt war, wobei die Corneen gesund waren, was die schwache Virulenz der Gonokokken genügend beweist. *Porosz-Budapest.*

**Erfahrungen über die Behandlung der Blennorrhoe mit Protargol,** von EMANUEL FREUND Triest. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1908. Nr. 48.) Während dem Verfasser das Protargol zu Abortivkuren keine glänzenden Erfolge brachte, schätzt er es bei der Behandlung der Blennorrhoe des vorderen und hinteren Harnröhrenabschnittes sehr. Zur Vornahme von Protargolspülungen bedient er sich frisch zubereiteter Lösungen der Protargoltabletten von 0,25 g. *Schourp-Danzig.*

## Anatomie und Physiologie der Haut.

**Bau und Bedeutung der Hornsubstanzen,** von Golodetz. (*Die Umschau.* 1908. Heft 42.) Die Arbeit fußt auf den 1907 und 1908 in dieser Zeitschrift veröffentlichten Arbeiten von Unna und Golodetz. Hiernach ist es möglich, aus verschiedenen Hornsubstanzen ein Keratin A und B abzuscheiden. Die dritte Art des Keratins, das Keratin C, bildet zwar den größten Bestandteil der Haare und Federn, bietet aber wegen seiner starken Verunreinigungen mit mehreren nicht verhornten Substanzen der Untersuchung die größten Schwierigkeiten. Die Trennung der verschiedenen Keratine förderte die Tatsache ans Licht, daß eine große Menge von löslichen Eiweißstoffen in ihnen eingeschlossen ist. Es verwandelt sich also beim Verhornungsprozeß nicht etwa das ganze Zelleneiweiß in Keratin, sondern selbst die härtesten Hornsubstanzen schließen nicht verhorntes Eiweiß in großer Menge fest ein.

Die Reaktionsfähigkeit der Hornsubstanzen in therapeutischer Beziehung steht in umgekehrtem Verhältnis zu der in ihnen enthaltenen Keratinmenge. Die Möglichkeit einer therapeutischen Einwirkung besteht nur bei der geschmeidigen, elastischen, transparenten Hornsubstanz, wie der menschlichen, welche relativ viel Keratin A, wenig Keratin B und viel Eiweiß enthält. Dabei dient Keratin A nur als eine der Osmose fähige Membran. Die eigentliche Wirkung findet auf das gleichzeitig mit Keratin B eingeschlossene lösliche Eiweiß statt. Von allgemeinstem Interesse ist die Schlußbetrachtung, daß alle drei Keratine in der Entwicklungsgeschichte der Tiere ihre besondere Rolle gespielt haben in drei Perioden: der des vorwaltenden mechanischen Schutzes (Keratin B; Horndecke der vorweltlichen Reptilien), des Wärmeschutzes (Keratin C; Haare und Federn) und des Wasserschutzes (Keratin A; Horndecke des Menschen). *Arthur Schucht-Danzig.*

---

## Hygiene.

**Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten,** von M. Flesch - Frankfurt a. M. (*Jahrb. f. Nationalökon. u. Statistik.* 3. Folge, Nr. 7.) Hervorhebung des großen Verlustes an Arbeitskraft und Kapital als Folge der venerischen Erkrankungen und des Sinkens der Bevölkerungsziffer und mit ihr der Militärziffer durch die Unfruchtbarkeit auf venerischer Grundlage. *Schourp-Danzig.*

**Ergebnisse einer Umfrage bei den Ärzten Frankfurts über die Zahl der von ihnen am 16. Januar 1903 behandelten Geschlechtskranken,** von Max Flesch-Frankfurt a. M. (Vorwort z. d. Festschr. z. d. 1. Kongr. d. D. G. B. G.) Insgesamt waren am 15. Januar 1903 in Frankfurt a. M. von 304000 Menschen 846 Geschlechtskranke in ärztlicher Behandlung: an Ulcus molle litten davon 3%, an Syphilis 44,6% und an Blennorrhoe 52,4%. Von diesen waren 532 in privatärztlicher, die übrigen in Krankenhaus- bezw. Militärlazarettbehandlung. Flesch berechnet den täglichen Aufwand an Ärztehonorar für Geschlechtskrankheiten im Durchschnitt mit 523 Mark, den Jahresaufwand für Apothekerlieferungen mit 50000 Mark und den Jahresausfall an Erwerb mit 90000 Mark für Frankfurt und verweist auf die Statistik der Frankfurter Ortskrankenkasse, aus der hervorgeht, daß der Tripper weitaus mehr Erwerbsunfähigkeit bedingt als die Syphilis. *Schourp-Danzig.*

---

## Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

**Hautkrankheiten im Säuglingsalter,** von Samuel Beck-Budapest. (*Bud. Orv. Ujs.* 1908.) Beim Säuglinge kommen Ekzeme oft vor. Sie dürfen nicht als lokale, durch äußere schädliche Wirkung hervorgerufene Reaktion der Haut betrachtet werden.

Es gibt von Magen-Darmtrakt ausgelöste Dermatitiden. Die glutaealen Ekzeme kommen schon bei der Obstipation des Kindes, durch Autointoxikation zum Vorschein. Sie werden nicht von katarrhalischen Entleerungen durch äuſserliche Reize hervorgerufen. Finkelstein hat es bewiesen, daſs die salzige Kost von schlechter Einwirkung auf diese Säuglingsekzeme ist. Von der Dermatitis erythemato-squamosa (Jacquet) behaupt Beck, daſs das eine mykotische Erkrankung sei. Er hat sogar in den Schuppen einige Pilze gefunden, welche dem Mikrosporon furfur und dem Trichophyton ähneln. Bei rhachitischen Kindern hat er oft gefunden, daſs beim Nacktsein ein Pruritus auftritt, welcher nach Bedeckung des Körpers (Ankleidung) aufhört. Nach dem Kratzen kommt ein Erythema zum Vorschein. Dieses Jucken besteht auf der Brust, Schulter und am Nacken. Es ist auch bei gröſseren Kindern zu finden. Vom Pemphigus neonatorum hebt er hervor, daſs er ansteckend ist. Er erwähnt noch die physiologische protrahierte Desquamation als Grundursache der Neigung der Säuglinge zu Hautkrankheiten. Auch meint er, daſs die Furunkulose der Säuglinge keine wahre Furunkulose sei, sondern lediglich hämatogene kleine Abscesse darstelle.

*Porosz-Budapest.*

**Die von Haustieren auf Menschen übertragbaren Krankheiten,** von L. Roberts-Liverpool. (*Brit. med Journ.* 24. Okt. 1908.) Verfasser berücksichtigt die vier Klassen von Organismen: Bakterien, Schimmelpilze, Insekten und Parasiten der Familie der Arachnoideae. Als Beispiel der ersten Gruppe erwähnt er die aus Kanada 1877 nach Europa übertragenen sog. Pferdepocken. Bei der Besprechung der Keratomyceten erwähnt Verfasser, daſs er die Übertragung von Trichophyton des Kopfes von einem Papageien auf den Menschen beobachtet hat. Diese Mikroorganismen können nach R.s Beobachtungen längere Zeit auf Haaren nach deren Abtrennung vom Körper fortleben und sind daher als Saprophyten mit fakultativ parasitären Eigenschaften anzusehen. Der Sarcoptes scabiei findet auch auf Pferden sein Fortkommen und bildet sogar für diese eine lebensgefährliche Affektion.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Immunität und Immunitätsreaktionen,** von Hans Much-Hamburg. (*Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanst.* Bd. IX, Nr. 1.) Aus der lichtvollen Darstellung des Verfassers interessiert an dieser Stelle naturgemäſs am meisten sein Vortrag über die Wassermannsche Reaktion. M. sieht in der Luesreaktion einen nichtspezifischen Vorgang, dessen diagnostische Brauchbarkeit er aber völlig anerkennt. Er präzisiert ihren Geltungsbereich in folgenden Sätzen: die Reaktion hat ihre Bedeutung vor allem bei Fällen mit zweifelhaften Erscheinungen, wo anamnestisch Lues negiert wird, oder nicht festzustellen ist; sie scheint auch auf neurologischem Gebiete Bedeutung zu haben, da mit ihrer Hilfe — unter gleichzeitiger Benutzung der anderen Untersuchungsmethoden! — eine Frühdiagnose auf Tabes und Paralyse gestellt werden kann; endlich ist sie dort von Wert, wo Körpersäfte eines Menschen einem anderen einverleibt werden sollen, also bei Bluttransfusionen und bei der Ammenuntersuchung.

Bezüglich der prognostischen Verwertbarkeit der Luesreaktion weist M. darauf hin, daſs in der Serologie nirgends Tatsachen vorliegen, welche die Behauptung rechtfertigen, es lieſse sich irgendwie und irgendwo durch irgendwelche Immunitätsreaktionen eine Prognose stellen; Wasssermann selbst enthält sich über die prognostische Verwertbarkeit jedes Urteils. *Schourp-Danzig.*

**Über die Resorptionsfähigkeit der tierischen Haut für die Salicylsäure und ihr Natriumsalz,** von Georg Schumacher. (Inaug.-Dissert. Gieſsen 1908.) Die intakte Haut des Pferdes, Rindes, Hundes und Kaninchens ist für Salicylsäure sowohl in Salbenform, als in alkoholischer Lösung permeabel. Natrium salicylicum wird weder in Salbenform, noch in spirituöser Lösung von der intakten Haut genannter

Tiere resorbiert. Die resorbierte Salicylsäure erscheint, wenn sie in Zusammensetzung mit Adeps suillis und Lanolin als Salbe oder in alkoholischer Lösung appliziert wird, durchschnittlich nach zwei Stunden schon im Harn. Die Ausscheidung der Salicylsäure, in Salbenform appliziert, hält ungefähr zwei Tage lang an. Wird die Salicylsäure in spirituöser Lösung auf die Haut gebracht, so geschieht ihre Eliminierung schneller. Die geringste Menge der in Salbenform eingeriebenen Salicylsäure, die sich noch im Harn nachweisen läfst, beträgt beim Kaninchen 0,2, beim Hund 0,3, beim Rind 0,3, beim Pferd 0,5 g, in spirituöser Lösung beim Hund 0,15, beim Rind 0,15, beim Pferd 0,5 g. *Fritz Loeb-München.*

**Vergleichende Untersuchungen an pigmentierten und pigmentlosen Kopfhaaren,** von Moriz Schein. (*Pest. med.-chirurg. Presse.* 1908. Nr. 32.) Durch Untersuchungen an seinen eigenen, teilweise ergrauten Haaren, gewann Autor das Resultat, dafs die grauen Haare rascher wachsen, eine gröfsere Länge erreichen und widerstandsfähiger sind als die pigmentierten. Er nimmt an, dafs die erste Generation grauer Haare an die Stelle von solchen pigmentierten Haaren getreten sind, welche sich ihren Nachbaren gegenüber durch rascheres Wachstum und gröfsere Länge ausgezeichnet hatten; denn er hat im Bereiche des Bartes, der Brust- und Schamhaare die Beobachtung gemacht, dafs die erste Generation grauer Haare gerade an denjenigen Stellen aufgetreten war, wo wir die längsten pigmentierten Haare zu finden gewohnt sind. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Der Pigmentschwund in Haut und Haaren,** von Moriz Schein. (*Pest. med.-chir. Presse.* 1908. Nr. 43—44.) Schlufsfolgerungen: 1. Die Pigmentproduktion ist beim Menschen eine beschränkte und kann über ein bestimmtes Mafs nicht gesteigert werden. Bei verschiedenen Rassen und Individuen ist sie dabei eine verschiedene; bei Negern z. B. liegt die obere Grenze viel höher als bei der kaukasischen Rasse, die dunkel pigmentierten Individuen der letzteren vermögen mehr Pigment zu produzieren als die schwach pigmentierten. Verschiedene Organe und Gewebe zeigen ein verschiedenes Pigmentproduktionsvermögen.

2. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der auf bestimmte Reize produzierten Pigmentmenge und dem normalen Pigmentgehalt der Haut. Derselbe Reiz erzeugt um so reichlichere Pigmentproduktion, je intensiver pigmentiert die Haut sonst ist (z. B. Röntgenstrahlen, Licht).

Es scheint, dafs ein dunkel gefärbtes Individuum auf schwache spezifische Reize mit Pigmentproduktion reagiert, welche bei einem schwach pigmentierten Individuum noch unter der Reizschwelle gelegen sind. Dies dürfte die Ursache dessen sein, dafs bei einem dunkel gefärbten Individuum die obere Grenze des Pigmentsproduktionsvermögens leichter erreicht wird und Vitiligo leichter eintritt, als bei einem Menschen mit pigmentarmer Haut.

3. Wenn der die Pigmentproduktion bewirkende Faktor auf eine Hautstelle oder eine Haarpapille einwirkt, an welcher die Pigmentproduktion die oberste Grenze bereits erreicht hat, bewirkt der neue spezifische Reiz keine Pigmentproduktion, sondern Pigmentatrophie.

4. Dieselben Reize, welche in Haut und Haaren Pigmentproduktion bewirken, bewirken, wenn sie über eine gewisse Höhe hinausgehen, Pigmentschwund (rasche Vermehrung pigmenthaltiger Zellen, die blauen und ultravioletten Strahlen des Tages- und elektrischen Lichtes, Röntgenstrahlen, Radiumstrahlung, das Virus der Syphilis und der Lepra usw.). *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über Cutanreaktion bei Neugeborenen,** von Oscar Bondy-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 49.) Der Verfasser hat bei 350 Neugeborenen die Cutanimpfung nach v. Pirquet ausgeführt und nicht ein einziges Mal eine positive Reaktion

bei den Kindern gefunden, während von den gleichzeitig geimpften Müttern 71 % positive Reaktion gaben.

Eine gleiche Unempfindlichkeit der Haut des Neugeborenen gegen Gifte zeigte die cutane Einimpfung von Diphtherietoxin bei 50 Neugeborenen, welche durchweg ein negatives Resultat darboten, wogegen von den Müttern 30 % reagierten.

*Schourp-Danzig.*

**Die Wassermannsche Reaktion an der Leiche**, von E. Fraenkel und H. Much-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908 Nr. 48.) Um weitere Anhaltspunkte zur Beurteilung des diagnostischen Wertes der Serumreaktion zu gewinnen, haben Verfasser eine gröfsere Reihe von Untersuchungen mit Leichenblut bei gleichzeitiger Feststellung des Befundes durch Autopsie ausgeführt. Dabei wurde von dem einen der beiden Forscher allein die Sektion ausgeführt, während der andere ohne Kenntnis der anatomischen oder klinischen Diagnose des Falles die Serumprobe anstellte. Als Material dienten 18 Phthisiker, 12 Scharlachfälle, 6 Fälle von Erkrankung des Zentralnervensystems, ferner verschiedene Fälle von Aneurysma (23), von Hellerscher Aortitis u. a. Bemerkenswert ist, dafs diese letztgenannte Affektion fast regelmäfsig mit einem positiven Resultat der Serumprobe verbunden war, während die Fälle von den Aneurysmen gewöhnlicher Art unter zwölf Beobachtungen nur drei ein positives Ergebnis lieferten. Betreffs der Scarlatina bestätigten diese Leichenuntersuchungen durchaus die aus dem Eppendorfer Krankenhaus schon früher bekannt gewordene Beobachtung, dafs bei dieser Affektion eine Reaktion auftritt, welche sich in nichts von einer solchen, die mit Luetikerblut angestellt ist, unterscheidet.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

**Das Radium und dessen therapeutische Verwendung**, von L. Wickham-Paris. (*Presse méd.* 12. Dez. 1908.) Durch die hier skizzierten ausgedehnten Untersuchungen (mehr als 8000 Applikationen) hat W. sowohl zahlreiche, sehr bemerkenswerte Heilungen erzielt, als auch für die Anwendungsweise des Radiums wertvolle technische Verbesserungen erforscht. Von letzteren ist die Verwendung von Schutzdecken aus Watte und Goldschlägerhaut zum Fernhalten der allzu reizend wirkenden Strahlen zu nennen. Von den behandelten Affektionen bespricht Verfasser in dieser Mitteilung nur die Epitheliome, die Keloide, die Pigmentmäler und einige chronische Dermatosen, wie inveteriertes Ekzem und Prurigo. Ein Fall von ausgedehntem Epitheliom der Schläfe in einer Gröfse von 15×8 cm vernarbte in 35 Tagen, und die Resultate bei mehr als 100 Tumoren derselben Art waren ebenfalls aufserordentlich befriedigend. Frappant waren ebenfalls die Erfolge bei den anderen genannten Affektionen. *Philippi Bad Salzschlirf.*

**Zur Frage der Homogenbestrahlung**, von H. E. Schmidt-Berlin. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XIII, Heft 1.) Bei der sog. Homogenbestrahlung, d. h. der Durchstrahlung des gesamten Körpers mittels sehr harter Röntgenröhren, wie sie von Dessauer und in anderer Anordnung von Holzknecht und Bauer angegeben worden ist, ist es zwar möglich, in die Tiefe ebensoviel resp. mehr Röntgenstrahlen zu bringen wie auf die Haut, aber damit ist noch nicht gesagt, dafs in der Tiefe auch mehr absorbiert wird. Die Wirkung beruht aber auf der Absorptionsfähigkeit eines Gewebes. Diese „Radiosensibilität“ eines Gewebes zeigt sich deutlich in der Einwirkung geringster Dosen, die auf der Haut keinerlei Reaktion hervorrufen, auf tiefer gelegene Organe. Mit harten, an sich wenig absorbierbaren Strahlen läfst sich aber einer etwa mangelnden Röntgenempfindlichkeit nicht beikommen. Abgesehen von dieser falschen

Voraussetzung, auf der die Homogenbestrahlung beruht, wird die Gefahr eines solchen „Röntgenbades" unterschätzt, wenn man bedenkt, dafs zugleich mit dem Gewebe, auf welches die Homogenbestrahlung wirken soll, für Röntgenstrahlen hochempfindliche lebenswichtige Organe (Hoden, Ovarien, Milz, Knochenmark usw.) sicher sehr beträchtlich geschädigt werden müssen. *W. Lehmann-Stettin.*

**Die Behandlung der Hautkrankheiten mittels der Quarzlampe**, von Richard Lohde-Hamburg. (*Zeitschr. f. d. ärztl. Praxis.* 1907. Nr. 23.) Bericht von guten Erfolgen bei Psoriasis, Ekzem, Seborrhoe, Herpes tonsurans, Scabies und Lupus vulgaris. *Schourp-Danzig.*

**Zur Röntgenbehandlung von Hautkrankheiten**, von A. Blaschko - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 46.) Blaschko tritt für die Ansicht ein, dafs hier und da Überempfindlichkeit, in Ausnahmefällen auch Idiosynkrasie vorkommt, sonst müfsten die Röntgenstrahlen von allen Naturkräften eine geradezu unerklärliche Ausnahme machen. Die Anwendung harter Röhren bei der Therapie der Hautkrankheiten hält er für einen direkten Fehler, da die durch weiche Röhren erzeugten Strahlen zu einem viel gröfseren Prozentsatz in den obersten Hautschichten zur Absorption gelangen. Die durch Verwendung harter Röhren erzielte intensivere und längerdauernde Tiefenwirkung bildet bei einigermafsen ausgedehnten Hautaffektionen eine Gefahr.

Von Regeneriervorrichtungen für Röhren hält Autor die bei der Hirschmannschen Monopolröhre und die neuerdings von Heinz Bauer angegebene für brauchbar. Er empfiehlt Behandlung mit ganz kleinen Dosen (aufser bei Favus, Trichophytie, Sykosis); zwei bis drei in achttägigen Zwischenräumen gegebene Dosen genügen meist.

Von Psoriasis eignen sich gerade die akuten generalisierten Fälle und die ganz lokalisierten Psoriasisplaques, ganz besonders die Nagelpsoriasis zur Bestrahlung. In manchen Fällen scheint eine Angewöhnung der Haut auch gegenüber den Röntgenstrahlen einzutreten. Hier führt kombiniertes Verfahren mit Salben und Bädern zum Ziele. Bemerkenswert ist, dafs Blaschko die Röntgentherapie für Lichen ruber und Pityriasis rosea warm empfiehlt. Bei Lichen ruber „ist die klassische Arsenbehandlung dadurch vollständig entbehrlich geworden". Infolge der günstigen Einwirkung auf Akne und ölige Seborrhoe seien die Röntgenstrahlen ein wirksames kosmetisches Heilmittel. Auch für die diffuse Seborrhoe des behaarten Kopfes wird das Verfahren empfohlen.

Diskussion: H. E. Schmidt bemerkt, dafs weiche Röhren, wie sie Blaschko empfiehlt, unter denselben Betriebsverhältnissen viel weniger wirksam sind als mittelweiche. Er bestreitet das Vorkommen von Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen in dem Sinne, dafs etwa eine Strahlendosis, welche bei dem einen Individuum ein ganz leichtes Erythem hervorruft, bei dem anderen ein tiefes Ulcus erzeugt. Regionäre Unterschiede kommen vor, z. B. ist die Haut des Gesichtes etwas empfindlicher als die des Rumpfes. Die Behandlung von Pityriasis rosea und Seborrhoea sicca capitis lehnt er ab, erstere als auch durch Salben mühelos heilbare Krankheit, letztere wegen der Gefahr des Haarausfalls und wegen der gleichzeitig bestehenden Parakeratose, wie sie auch als Folge chronischer Röntgendermatitis anftrete.

Levy-Dorn empfiehlt, nicht in der Regel kleine, sondern die richtigen Dosen zu gebrauchen. Als Dosierungsmethode empfiehlt er, die Röhren mit dem Dosimeter zu aichen und die geaichte Röhre zu gebrauchen. Hierzu müssen zuvor die optimalen Betriebsverhältnisse für die einzelne Röhre festgestellt werden. Auch er empfiehlt mittelweiche Röhren, da weiche Röhren zu wenig Strahlen hergeben, so dafs man zu lange exponieren mufs. Überempfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen komme sicher vor, doch können bei Dosierung lege artis keine gröfseren Gefahren herbeigeführt werden. In mehreren Fällen sah er bei ulcerierenden syphilitischen Prozessen die

Röntgenstrahlen auffallend günstig wirken; so in einem Fall von ausgebreiteter framboesiformer Lues im Gesicht.

Auch SAALFELD wendet sich gegen BLASCHKOS allzu weit gezogenes Indikationsgebiet, besonders Pityriasis rosea und beginnende Alopecie auf seborrhoischer und pityroder Basis sowie Leiden kosmetischer Natur. Im Gesicht soll die Röntgenbestrahlung auf ein Minimum beschränkt bleiben und nur bei absolut strikter Indikation angewandt werden. Denn es können noch drei Jahre nach Beendigung der Behandlung bei starken Bestrahlungen Hautatrophien mit Teleangiektasien, Pigmentierungen usw. auftreten. Er hält mit LEVY-DORN die Anschauung fest, dafs eine Idiosynkrasie den Röntgenstrahlen gegenüber vorhanden sein kann.

BLASCHKO (Schlufswort) erhält aufrecht, dafs weiche Röhren vorzuziehen sind, weil selbst geringe Dosen vollständig von der Oberfläche absorbiert werden. Bei den oberflächlichen Dermatosen (Seborrhoen, Pityriasis rosea usw.) arbeite er mit $^1/_8$—$^1/_6$ der Erythemdose.

Den Ausführungen von BLASCHKO und NAGELSCHMIDT gegenüber, welche über günstige Erfolge bei Behandlung von Alopecia berichten, bemerkt KROMAYER, dafs die gewöhnliche Alopecia, die Alopecia pityrodes, nach seinen Erfahrungen für die Lichtbehandlung unzugänglich ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über die Erfolge der Röntgentherapie**, von BRUSCHTEIN. (*Russki Wratsch.* 1908. Nr. 41.) Eine literarische Betrachtung, in welcher die Anwendung der Röntgentherapie in der Dermatologie bei Favus voll und ganz anerkannt, sonst mehr oder weniger als unsicher dargestellt wird. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Zur Röntgentherapie der Hautkrankheiten**, von FERD. ZINSSER. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 38.) Es wäre nach Verfasser sehr zu begrüfsen, wenn jeder einzelne Fall von Röntgenschädigung mit ganz genauen Angaben der näheren Umstände zur Kenntnis gebracht würde. (Praktisch ist das wohl nicht ausführbar. Referent.) Es würde dann bei jedem einzelnen möglich sein, festzustellen, dafs bei der Bestrahlung diejenige Dosis überschritten wurde, die in der Therapie üblich ist, oder wenigstens, dafs bei dem Verfahren nicht alle Faktoren berücksichtigt worden sind, die hätten berücksichtigt werden müssen. Dementsprechend veröffentlicht Verfasser sieben Fälle von Röntgenschädigung, die zu seiner Kenntnis und Beobachtung gekommen sind. In allen diesen Fällen wurde auf die Dosierung nicht in der richtigen Weise geachtet. — Verfasser warnt vor Verabreichung der zur Therapie erforderlichen Dosis in einer Sitzung, was zweckmäfsigerweise „den Virtuosen der Röntgentechnik vorbehalten bleiben sollte". Die Hauptsache bleibt, dafs man einen Überblick über sein ganzes Instrumentarium, über die Stromverhältnisse, den Härtegrad der Röhre behält und eine Strahlendosis appliziert, bei welcher eine Schädigung vollkommen ausgeschlossen ist und die in geeigneten Intervallen vier- bis fünfmal wiederholt den gewünschten Effekt erzielen wird. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die Röntgenstrahlen; ihre Gefahren und ihr Mifsbrauch**, von WILLIAM S. GOTTHEIL-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 21.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

**Über die Rolle der Salze im Bade**, von MAX HERZ-Wien. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 1.) H. stellte fest, dafs der Einflufs der auf die Haut gebrachten konzentrierten Salzsäure bei ruhendem und bewegtem Körper bezw. bei ruhender und bewegter Luft verschieden ist. Im Freien, bei raschem Wechsel der den Körper umgebenden Atmosphäre, bewirkt die Auflagerung des Salzes eine gröfsere Anteilnahme der Haut an den Temperaturschwankungen der unmittelbaren Umgebung.

*Schourp-Danzig.*

**Eine neue Formel zur Bereitung von Teerbädern**, von EDUARD SPIEGLER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 52.) Die von SPIEGLER benutzte, von SIEGFRIED GROSZ mitgeteilte Teeranwendung hat folgende Formel:

I. *Ol. rusci* 100
*Ammon. pur. liquid.* 20
(Sehr gut und lange, mindestens eine halbe Stunde rühren.)
II. *Gelatina animal. alb.* 10
*Aquae fontis* 50
(Im Wasserbade vollständig lösen.)
III. *Natr. carbon. crystall.* 10
*Aquae fontis* 50
(Warm lösen.)

Die Lösungen II und III werden gut gemischt; wenn diese Mischung nur mehr lau ist, wird sie der Mischung I zugefügt und hierauf solange gerührt, bis das Bad zu stocken beginnt. Es resultiert eine dunkelbrane gelatinöse Masse, die man zum Gebrauche in einigen Litern warmen Wassers löst und nach erfolgter Lösung unter beständigem Umrühren in die Badewanne schüttet. *W. Lehmann-Stettin.*

**Der Tagesverband in der dermatologischen Praxis**, von L. M. PAUTRIER-Paris. (*Presse méd.* 23. Dez. 1908.) Um die bekannten Schwierigkeiten, welche sich der Durchführung einer dermatologischen Behandlung bei nicht bettlägerigen Patienten entgegenstellen, zu bekämpfen, gibt es dreierlei Mittel: die in den letzten Jahren wesentlich verbesserten Pflaster, die medikamentösen Salbenstifte, welche in verschiedener Zusammensetzung hergestellt werden (UNNA, AUDRY) und die Kaseinsalben, welche wenig auffallend sind und daher auch an unbedeckten Körperstellen verwendet werden können. Zu letzteren Präparaten gehört das nach P. sehr zu empfehlende Mittel L'Accoderme. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Fall von schwerer Quecksilbervergiftung**, von JENŐ FÜSÉSZ-Napzràrad. (*Bud. Orv. Ujs.* 1908.) Ein 37jähriger Mann, dem gegen seine Lues eine Inunktionskur verordnet wurde, wollte die Wirkung des Medikamentes verstärken und gebrauchte sechs bis acht Dosen pro die. Am dritten Tag zeigten sich die Zahnfleisch- und Munderscheinungen, begleitet mit Schwindel und Kopfschmerz. Er kümmerte sich wenig um diese Kleinigkeiten und schmierte noch den Rest von acht Dosen zu je 3 g graue Salbe auf. Die Merkurialvergiftung trat in schauderlicher Weise auf. Blutige Entleerungen acht- bis zehnmal täglich, die Mundschleimhaut, das Zahnfleisch, die Zunge wurden geschwollen, die Haut wurde erythematös. Nach drei Wochen kam er in etwas gebessertem Zustande in das Komitatsspital. Der Zustand war noch immer schlecht. Das Epithel löste sich in grofsen Stücken vom ganzen Körper ab, er konnte kaum reden. 2,4% Albumen im Harn und im Satz viel fettig degenerierte detritusartige Zellenelemente der Nieren. In vier Wochen Heilung. *Porosz-Budapest.*

**Zwei Fälle von partieller Gangrän der Haut mit Bluterguſs in das Rückenmark und seine Häute nach subcutanen Sublimatinjektionen**, von MOLODENKOW. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1908. Bd. LXX, Nr. 20.) Verfasser beschreibt aus dem Mjassnitzki-Krankenhaus zu Moskau zwei seltene, unglückliche Zufälle nach Sublimatinjektionen.

Fall I. Einem 29jährigen Mann mit Syphilis recens wurde die 13. Injektion einer Sublimatlösung (1:75) unter die Haut des Rückens, in die Gegend zwischen der Wirbelsäule und dem inneren linken Skapularrand gemacht. Gleich nach der Einspritzung empfand der Kranke heftige Schmerzen an der Stelle der Einspritzung, darauf Kältegefühl und Ameisenkriechen in dem linken Bein, welches darauf paretisch wurde. Patient konnte am folgenden Tage zwar ohne Unterstützung, aber nur

unsicher gehen. Von den Reflexen fehlten auf der linken Seite diejenigen des Epigastricus, des Bauches und des Kremaster. Der linke Patellarreflex wie auch der Achillessehnenreflex waren lebhaft. Kein Fussklonus, kein Babiasky. Das Urinieren machte keine Schwierigkeiten. An der Stelle der Einspritzung entwickelte sich zunächst eine schmerzhafte, bläulich verfärbte Schwellung, welche darauf gangränös wurde. Im weiteren Verlauf kam es zu einer Atrophie der Muskulatur der linken unteren Extremität, aber allmählich besserte sich dennoch der Gang des Kranken, die Reflexe kehrten wieder und die gangränöse Stelle der Haut vernarbte.

In dem zweiten Fall, welcher eine 32jährige Frau betraf, handelte es sich um dieselben Erscheinungen, nur in noch stärkerem Grade, im Anschlufs an die zwölfte Injektion der dritten Spritzkur einer Sublimatlösung von 1:75 unter die Haut der rechten Rückenpartie, zwischen der Wirbelsäule und dem rechten, inneren Skapularrand. Auch hier trat zunächst ein heftiger Schmerz an der Einspritzungsstelle auf, darauf Vertaubungsgefühl in dem rechten Bein und endlich eine volle Paraplegie der rechten, unteren Extremität mit Fehlen der Sehnenreflexe. Ebenso wie im ersten Fall entwickelte sich auch in diesem an der Stelle der Injektion eine zuerst blauunterlaufene Infiltration, die in Gangrän überging. Zum Unterschied von dem ersten Fall bildete sich aber hier noch eine zweite, fern von der Einspritzungsstelle gelegene, gleichfalls blau verfärbte Schwellung auf der rechten Rippe, in der Linea axillaris aus, die auch gangränös wurde. Der weitere Verlauf war derselbe wie im ersten Fall, Vernarbung der beiden gangränösen Stellen, allmähliche Entwicklung einer Atrophie der Muskulatur des rechten Beines, schliefslich Rükkehr der Reflexe und der Bewegungsfähigkeit der rechten, unteren Extremität, wie auch in beschränkterem Mafse, als vorher.

Die genaue Untersuchung des Nervensystems ergab in beiden Fällen das zwar graduell etwas verschiedene, aber sonst gleiche Bild der gekreuzten Brown-Sequard-schen Lähmung mit dissocierten Sensibilitätsstörungen. Alles dieses, wie der Charakter der Schmerzen und die anderen Symptome sprachen für eine Erkrankung der grauen Substanz und seiner Häute.

Das Fehlen irgend einer funktionellen nervösen Störung und der plötzliche Beginn, im Anschlufs an die Sublimatinjektion, sprechen in beiden Fällen für eine Verletzung des Gefäfssystems mit Thrombose, anscheinend der V. intercostalis, in der Nähe ihrer Verbindung mit der V. spinalis.

Zur Vorbeugung derartiger, mifslicher Zufälle bei den Sublimatinjektionen warnt Verfasser vor Einstichen zu nahe von der Wirbelsäule. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Betrachtungen über die neueren Balsamica**, von Apostolos Apostolides junior-Smyrna. (*Allg. Med. Central-Zeitg.* 1908. Nr. 50.) Gonosol, Arheol, Gonosan, Urogosan, Santyl, Arhovin werden vom Verfasser in ihrer Wirkung besprochen; dem Gonosan räumt A. den ersten Platz ein. *Schourp-Danzig.*

---

## Angioneurosen.

**Prognose und Behandlung der vasomotorisch-trophischen Neurosen**, von Cassirer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 44.) Klinischer Vortrag, der eine kurze Schilderung der Symptome, der Prognose und Behandlung der vasomotorisch-trophischen Neurosen enthält, ohne im wesentlichen Neues zu bringen. Bei Raynaud-scher Krankheit erzielte C. in den letzten Jahren mehrfach ganz gute Resultate mit einer Art lokaler Hyperämie, indem er unter aufmerksamer Kontrolle den Oberarm täglich eine halbe Stunde lang ziemlich fest mit einer Flanellbinde umwickelte, so dafs deutliche venöse Stauung eintrat. In einem besonders schweren Falle hatte das

Verfahren allerdings einen eklatanten Mifserfolg: es kam unter äufserst heftigen Schmerzen zu einer Schwellung der erkrankten Hand. Gewisse Folgerungen für die Ernährung ergaben sich aus den Beziehungen, die zwischen RAYNAUDscher Krankheit und arthritischer Diathese zu bestehen scheinen; die Verordnung leichter Abführkuren (Karlsbad, Kissingen, Marienbad) ist auch sonst häufig indiziert.

*Göts-München.*

**Ein Fall von Polycythaemie mit Cyanose,** von C. C. NICOLA - Battle Creek. (*Journ. amer. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 21.) Ein 51jähriger Mann hat seit drei Jahren periodische Anfälle von Kopfschmerzen mit Cyanose des Gesichts und Cyanose unter den Fingernägeln, mit neuralgischen Beschwerden und Schwindelgefühl und Lichtscheu. An den Organen war nichts regelwidriges nachzuweisen aufser beträchtlicher Vergröfserung der Milz. Die Blutuntersuchung ergab eine bedeutende Vermehrung von Hämoglobin — 120%, und der roten Blutkörperchen — 160%, und der weifsen Blutkörperchen — 250%. *Schourp-Danzig.*

**Experimentelle Urticaria,** von T. C. GILCHRIST-Baltimore. (*Brit. med. Journ.* 24. Okt. 1908.) Bei Gelegenheit der Jahresversammlung der British medical Association demonstrierte G. Mikrophotogramme von histologischen Präparaten, welche er durch Biopsie bei 26 Fällen von artifizieller Urticaria zu verschiedenen Zeitpunkten nach der ersten Entwicklung der Läsionen (drei Minuten bis sechs Stunden) gewonnen hatte. Meistenteils fiel das Vorhandensein von zahllosen polynukleären Leukocyten, Vermehrung der Lymphocyten und gelegentlich eine Steigerung der Anzahl der Mastzellen auf. Auffallend war auch an einigen Fällen ein ausgesprochener Zerfall der polynukleären Leukocyten, was ebenfalls gelegentlich an den fixierten Bindegewebszellen zu konstatieren war. *Philippi-Bad-Salzschlirf.*

**Beitrag zum Studium des traumatischen indurierenden Ödems,** von POTEL und BRICONT. (*Echo méd. du Nord.* 17. Sept. 1908.) Ein 53jähriger Arbeiter klagte über einen beim Heben eines schweren Stückes ganz plötzlich entstandenen heftigen Schmerz auf der Dorsalseite des Metakarpus IV und V der rechten Hand. Schmerz, Beeinträchtigung der Beweglichkeit und hörbares Knacken bei Bewegungen hielten an, und sechs Wochen nach dem Unfall trat an der affizierten Stelle ein hart elastisches, druckempfindliches, keine Dellen bildendes, umschriebenes Ödem hervor. Die Röntgenuntersuchung ergab intakte Knochen. Im weiteren Verlauf wurde über Schmerzen am N. cubitalis geklagt, wobei im Gebiete desselben die Sensibilität sonst deutlich herabgesetzt war. Therapeutische Versuche brachten wenig Erfolg.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Fall von unilateralem Ödem,** von W. R. HARRIS-Lewisham. (*Brit med. Journ.* 28. Nov. 1908.) Ein 42jähriger Eisengiefser, welcher zwei Jahre schon an grofser Mattigkeit gelitten hatte, verfiel in einen komatösen Zustand und wurde 14 Tage nachher im Hospital aufgenommen, wo er Tags darauf starb. Die ganze rechte Körperhälfte vom Halse abwärts zeigte ein scharf an der Mittellinie abschneidendes, deutliches Ödem. Keine Autopsie. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über Ödem der Augenlider als spezielles Charakteristikum bei einer Influenzaepidemie,** von N. J. SPRIGGS. (*Brit. med. Journ.* 12. Dez. 1908.) Verfasser berichtet über einige 50 Fälle teils aus der eigenen Praxis, teils aus derjenigen von Kollegen stammend, bei denen Anschwellung der Augenlider meist im Verein mit intensivem Stirnschmerz eine Influenzaerkrankung einleitete. Die bakteriologische Untersuchung ergab allerdings nicht den Influenzabacillus, sondern in den wenigen untersuchten Fällen einmal den Bacillus xerosis und einmal Staphylococcus albus.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ödem der Augenlider mit Temperatursteigerung**, von C. R. Elgood-Windsor. (*Brit. med. Journ.* 9. Jan. 1909.) Verfasser berichtet, dafs er neuerdings mehrere, neun bis zehn, Fälle, von kurzdauerndem, aber deutlich ausgeprägtem Ödem der Augenlider bei erheblicher fieberhafter Steigerung der Temperatur beobachtet hat. Es handelte sich dabei nicht um Influenzafälle, wie dies von anderer Seite geschildert ist, sondern um gastro-intestinale Affektionen, ohne Albuminurie und sogar regelmäfsig in der sog. ambulanten Form. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Angioneurotisches Ödem, eine hereditäre Ursache von plötzlichem Tod**, von A. J. Whiting - London. (*Lancet.* 7. Nov. 1908.) Verfasser berichtet über die Nekropsie eines an diesem Leiden gestorbenen Mannes und über zwei andere Fälle, von denen der eine unter Behandlung mit Thyreoiddrüse (0,15 abends beim Zubettgehen) eine wesentliche Besserung zu verzeichnen hatte. Im übrigen enthält der Vortrag hauptsächlich Literaturauszüge. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Erythema figuratum perstans**, von Grover William Wende-Buffalo. (*Journ. americ. med. assoc.* 1908. Bd. 51, Nr. 23.) Fall eines 16jährigen Mädchens, den der Verfasser ungefähr zwei Jahre lang beobachtete. Die Hautveränderungen erinnern sehr an Erythema multiforme. Therapeutisch kommt Chrysarobinbehandlung in erster Linie in Betracht. Röntgenbestrahlung war in einem anderen Falle von guter Wirkung, ohne jedoch Rezidive verhüten zu können. *Schourp-Danzig.*

**Erythema toxicum alcoholicum**, von Franz Veress - Kolozsvár. (*Bör és Bujákórtan* Nr. 4. Beibl. von *Bud. Orv. Ujs.* 1908.) Ein 45jähriger Mann, der seit sieben bis acht Jahren an cyklischem Alcoholismus chronicus leidet, wurde nach mehrwöchentlichem Abusus von einem Ausschlag befallen. Die oberen, besonders die unteren Extremitäten sind von gelappten, hell- bis blauroten festen Plaques bedeckt. Diese Stellen sind hier und da auch mehrere Handflächen grofs. Fast überall in der Mitte eine ebenfalls grofse Wasserblase oder nach Platzen derselben eine Exkoriation. Auf Burow-Umschläge und indifferente Salben (später auch Bäder) trat die Heilung in zwölf Tagen ein. Die Rezidive traten nach einem zwei Tage anhaltenden Rausch auch nicht ein. Trotzdem meint der Autor, dafs der Zusammenhang vorhanden wäre; denn der Rausch geht mit Rauchen, unregelmäfsiger Nahrung und mit ungünstiger Lebensweise einher, Umstände, die dem Auftreten einer Intoxikation Vorschub leisten. *Porosz-Budapest.*

**Ein Fall von Erythromelalgie**, von J. P. Kanoky-Kansas City. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 25.) Bei einem 54jährigen, neurasthenischen Arzte trat nach psychischer Erregung starke, oft rezidivierende Schwellung beider Handteller auf. Besonders stark wurde nach einiger Zeit der rechte Daumen ergriffen; er wurde sehr ödematös; die Haut blätterte sich ab.

Unter Darreichung von Lecithin und Aspirin wurden kurzdauernde Röntgenbestrahlungen vorgenommen, welche leidliche Besserung brachten. *Schourp-Danzig.*

**Über drei Fälle von symmetrischen, trophischen Läsionen der Extremitäten**, von W. J. Sheppard - Singapore. (*Brit. med. Journ.* 29. Nov. 1908.) An der Streckseite der Hände und Füfse der Patienten, Ostasiaten im Alter von 23 bis 30 Jahren, waren ungewöhnliche Blasenbildungen, Erythem und Pigmentierungen zu konstatieren; daneben bestanden Störungen von seiten des Nervensystems, Aufhebung des Temperatursinnes, Anästhesie und Parästhesien. Bei dem einen Kranken war Syphilis voraufgegangen, bei dem anderen Malaria, und der dritte hatte durch Entbehrungen sehr gelitten. Das eigentliche Wesen der Erscheinungen ist nicht eindeutig aufgeklärt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Zwei Fälle von Morbus Werlhofii,** von G. Ravarit-Poitiers. (*Gaz. d. Hopit.* 1908. Nr. 141.) Es handelte sich um eine Grofsmutter von 55 Jahren, eine sonst niemals krank gewesene, arbeitskräftige Bauernfrau, und deren sechsjährige Enkelin. Jene erkrankte zuerst mit intensivem Blutbrechen und einer reichlichen Aussaat von kleinen und grofsen Hämorrhagien am ganzen Körper, ohne Fieber und ohne irgendwelche prodromalen Erscheinungen. Sie starb am fünften Krankheitstage. Das im selben Hause wohnende Enkelkind erkrankte 14 Tage später mit diskreten Petechien der Oberhaut ohne Beteiligung der Schleimhäute, genas aber bei geeigneter Behandlung nach acht Tagen. Die Ätiologie erscheint auch bei diesen beiden Fällen recht unsicher.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Hämorrhagische Erkrankungen Neugeborener,** von Henry Enos Tuley-Louisville. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 26.) Ein bei der Geburt normales, nicht cyanotisches Kind erbrach am dritten Lebenstage Blut unter schwerer Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Die Therapie mit subcutanen Injektionen 2%iger Gelatinelösung hatte Erfolg. — Literaturübersicht. *Schourp-Danzig.*

---

## Traumatische Entzündungen.

**Raupenerythem.** Redaktionsartikel. (*Lancet.* 14. Nov. 1908.) Beschreibung und Abbildung der Liparis auriflua, deren Raupen durch die ihnen eigenen Härchen sehr leicht zu entzündlichen Affektionen an der menschlichen Haut Anlafs geben.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Berufsdermatitis,** von F. Gardiner-Edinburg. (*Brit. med. Journ.* 24. Okt. 1908.) Verfasser hat 187 Fälle dieser Art gesammelt, von denen 102 Männer, 85 weiblichen Geschlechts waren. Die Störung stellte sich vorwiegend in der Anfangszeit der betreffenden Beschäftigung ein, und die meisten Patienten kamen in der heifsen Jahreszeit zur Behandlung. Konstitutionelle Erkrankungen, wie Rheumatismus, Influenza, Anämie oder Dyspepsie, wurden bei 25 als prädisponierende Momente notiert. Die Verwendung einer bestimmten Art von Seife wurde von 22 Kranken als Ursache beschuldigt. Das Bestehen von Seborrhoe oder Hyperhidrose wurde bei vielen Patienten konstatiert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die gewerbliche Vergiftung der Haut durch Morphin und Opium. Ein Obergutachten,** von L. Lewin-Berlin. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 43.) Ein 61jähriger Arbeiter arbeitete 34 Jahre lang in einer Fabrik und davon die letzten 25 Jahre mit Apomorphin. Anfangs August 1905 wurde er aushilfsweise in den Morphinbetrieb übernommen. Am 12. August wusch er Tücher aus, durch welches unreines Morphin filtriert worden war; am selben Tage spürte er Jucken an den Händen; zwei Tage später stellte sich ein Hautausschlag ein, der nach fünf Tagen „fast völlig“ verschwand, sich aber nach Wiederaufnahme der Arbeit abermals zeigte. Verfasser erinnert nun an seine bereits vor mehreren Jahren publizierten Mitteilungen über Ausschläge nach Morphin, die in Form von Erythem, Urticaria, Ekzem und Petechien auftreten können, und zweifelt nicht, dafs es sich auch im vorliegenden Falle um einen Morphinausschlag handelt. Die Aufnahme des Giftes in die Haut wurde durch die Imbibierung mit Wasser der beim Waschen der Tücher gequollenen oberen Hautlagen, durch den dabei ausgeübten Druck und die Säureeinwirkung wesentlich begünstigt.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die Schädigungen, welche durch Röntgenstrahlen hervorgerufen werden, ihre Verhütung, Behandlung und forensische Bedeutung,** von H. Gocht-Halle a. S. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 1 u. 2.) Verfasser gibt eine ziemlich umfassende Darstellung dieses Themas; dieselbe läfst sich im Referat nicht gut wiedergeben.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Opfer der Röntgendermatitis in England,** von ALFRED E. DEAN-London. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XII, Heft 6.) D. hat versucht, eine Sammelstatistik anzustellen über Schädigungen, die in England durch die Beschäftigung mit Röntgenstrahlen bei Ärzten, Technikern, Laienpraktikern, Fabrikanten und Arbeitern von Röntgenröhren usw. zur Beobachtung gekommen sind. Er kann 23 Fälle von mehr oder weniger schweren Schädigungen aufzählen, vornehmlich der Hände, Dermatitiden mit allen ihren Folgezuständen. In acht Fällen haben bereits Operationen, meist wiederholt, vorgenommen werden müssen; in vier Fällen ist carcinomatöse Degeneration und Metastasierung in den Drüsen konstatiert worden. In einem Falle, bis jetzt, war der Tod die Folge. (Übrigens sind bis jetzt in der Weltliteratur über ein Dutzend Todesfälle bekannt. Es ist zu bedauern, dafs solche Enqueten meist unvollständig sind, auch Schädigungen anderer Organe meist nicht in gebührende Berücksichtigung gezogen werden. Eine Enquete über Sterilität, nervöse Erkrankungen der verschiedensten Art würde zwar schwer durchführbar sein, aber ganz überraschende Resultate ergeben, und zwar nicht nur unter den älteren Röntgenologen, deren Affektionen aus den ersten Jahren ihrer Beschäftigung mit Röntgenstrahlen datieren, sondern auch unter den jüngeren Kollegen, die teilweise mit einer an Leichtsinn grenzenden Sorglosigkeit Röntgenarbeiten vornehmen. — (Erinnert sei bei Gelegenheit dieser Arbeit an die weit eingehendere Bearbeitung der Röntgenschädigungen bei zehn deutschen Röntgenologen, die UNNA im 8. Band (S. 67) der *Fortschr. f. Röntgen* gegeben hat. Ref.) *W. Lehmann-Stettin.*

**Mittel gegen den Schmerz bei Insektenstichen,** von PATRIK MELONEY-Kapkolonie. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 2.) Der Verfasser empfiehlt, auf die Insektenstiche wenige Tropfen einer Mischung von drei bis vier Teilen kristallinischen Jods und 100 Teile Sapo petrol. zu bringen. *Schourp Danzig.*

**Über die moderne Behandlung des im Verlauf von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten auftretenden Dekubitus,** von BECKER - Weilmünster. (*Medico.* 1908. Nr. 51.) Empfehlung von UNNAs Zinkleimen mit Hinzusetzen von Ichthyol. *Schourp-Danzig.*

**Ein Fall von Erfrierung beider Ohren, begünstigt durch syphilitische Gefäfsveränderungen,** von J. S. COVISA-Madrid. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 2.) Es handelt sich um einen Arbeiter, der vier Jahre vorher Lues akquiriert hatte, dann bei häufigem Arbeiten in der Kälte eine Veränderung der Ohren bekam, welche mit brennenden Schmerzen, diffuser Schwellung und Ödem begann und mit Phlyctaenen und Nekrosen aufhörte, so dafs ein grofser Teil beider Ohrmuscheln zerstört wurde. Auch die Nasenspitze war in Mitleidenschaft gezogen. Die Veränderungen dauerten zwei Jahre und heilten nach einer energischen Merkurialisierung leicht. Auffallend ist das Auftreten der Erkrankung im November, der nicht zu den kältesten Monaten Spaniens gehört und das überhaupt sehr seltene Vorkommen von Erfrierungen in Spanien. Verfasser deutet an, dafs der Fall vielleicht Beziehungen zur RAYNAUDschen Krankheit hat. *Gunsett-Strafsburg.*

---

## Neurotische Entzündungen.

**Herpes zoster frontalis im Verein mit Glaukom,** von A. A. BRADBURNE-Southport. (*Lancet.* 28. Nov. 1908.) Der hier beschriebene Fall ist ein Beispiel von schwer zu diagnostizierenden und bedrohlichen Erscheinungen am Auge, welche eine Attacke von Herpes zoster frontalis einleiten können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Akute Exantheme.

**Scharlachepidemie von infizierten Milchflaschen,** von Havold B. Wood-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 19. Dez. 1908.) Diese Epidemie nahm wahrscheinlich ihren Ausgang von einem Kinde, das zur Kundschaft eines Milchhändlers gehörte, und die Erkrankung von infizierten Milchflaschen akquirierte; denn sie hörte mit dem Augenblicke auf, als der Sanitätsbeamte nach dem Ursprung der Infektion geforscht und persönlich alle Flaschen in diesem Milchgeschäfte sterilisiert hatte. Während der drei Wochen der Wirksamkeit des genius epidemicus kamen 16 leichte, unkomplizierte Fälle in 13 Familien zum Ausbruch, wobei 11 Kinder und 5 Erwachsene im Alter zwischen 3 und 50 Jahren affiziert waren; jede dieser Personen nahm Milch von demselben Lieferanten, und zwar in ungekochtem Zustande. Die allgemeine Sitte, dem Milchhändler täglich die Milchflaschen wieder zuzustellen, die in diesen Fällen infiziert waren, entsprach dem resp. Auftreten des in verschiedenen Haushaltungen zum Ausbruch gekommenen Scharlachs. Nach Trask ist in 3 von 51 Scharlachepidemien die Ursache auf infizierte Milchflaschen, nach Busey und Kober nur in 3 von 177 Epidemien darauf zurückzuführen, Wood hält aber diese Zahlen keineswegs für genau. Solche Vorkommnisse zeigen immerhin die Notwendigkeit, die Infektionswege genau zu erforschen, ferner die Gefahr, die Milchflaschen von einem Haushalt, wo eine Krankheit unter Kindern vorkommt, weiter gehen zu lassen, den Wert, welchen gewohnheitsmäfsige Sterilisation sowohl von seiten des Milchlieferanten wie der Gebrauchspersonen hat und schliefslich die Bedeutung sanitärer Überwachung der Milchlieferungen. *Stern-München.*

**Neigung zu Rezidiven von Scharlach als Familieneigentümlichkeit,** von C. Beards-London. (*Lancet.* 2. Jan. 1909.) Bei vier Angehörigen derselben Familie im Alter von fünf bis elf Jahren, welche im Krankenhaus wegen Scarlatina aufgenommen wurden, trat nach Ablauf der ersten sicher zu diagnostizierenden Attacke und nach Einsetzen der Desquamation ein mehr oder weniger intensives, aber stets wohl charakterisiertes Rezidiv ein. Die Zwischenzeit betrug etwa drei Wochen, teils wohl mehr, teils etwas weniger. Schliefslich erfolgt Heilung bei allen vier Kindern.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Der Arteriendruck während der Scarlatina beim Kinde,** von P. Nobécourt und L. Tixier-Paris. (*Journ. d. Physiol. et d. pathol. génér.* 1908. Nr. 3.) Verfasser haben an Kindern die gleichen Prüfungen des Arteriendrucks ausgeführt, wie Teissier und Tanon an Erwachsenen. Sie fanden dabei, dafs unter 30 Kindern nur vier am achten Krankheitstage eine Steigerung, dagegen 15 eine Verminderung des Blutdruckes aufwiesen, während bei elf die Verhältnisse kaum eine Änderung erkennen liefsen; am Ende der zweiten Woche war bei zwei von den vier Kindern der Druck zur Norm zurückgekehrt, bei den zwei anderen war derselbe auf gleicher Höhe verblieben. Insgesamt war um diese Zeit bei 13 Fällen eine weitere Abnahme der Druckhöhe zu konstatieren. Ein Einflufs der Diät, der Nierenreizung (21 Kinder boten zeitweilig wenigstens eine leichte Albuminurie dar) war nicht zu erkennen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Der Arteriendruck während der Scarlatina beim Erwachsenen,** von P. Teissier-Paris und L. Tanon-Paris. (*Journ. de physiol. et de pathol. génér.* 1908. Nr. 3.) An einer Serie von 73 Fällen (38 Männern, 35 Weibern) haben Verfasser mit dem Potainschen Sphygmomanometer die Höhe des Blutdruckes an der Radialarterie zu Beginn und im weiteren Verlauf der Krankheit bestimmt. Das Alter der Kranken variierte im allgemeinen zwischen 19 und 25 Jahren; einzelne Patienten waren etwas jünger, einzelne bis zu 50 Jahre alt. Die Erkrankungsart umfafste sowohl normal

verlaufende als auch schwere und komplizierte Fälle. Als Komplikationen sind Nephritis, Drüsenschwellungen, skarlatinöser Rheumatismus, Herzaffektionen, Atemnot usw. angeführt. Im grofsen und ganzen bestätigen Verfasser die Beobachtung, dafs der Blutdruck im Verlauf der Krankheit unter die Norm herabsteigt. Diese Verminderung beträgt bei manchen Kranken nur ein geringes, bei anderen aber auch einige cm Hg. Grofse, schnelle Schwankungen, namentlich bei bestehenden Komplikationen deuten auf ein ernsteres Leiden hin, für gewöhnlich ist aber aus dem Verhalten des Blutdruckes ein bestimmter Anhaltspunkt für die Prognose nicht zu entnehmen. Eine Beeinflussung der Druckverhältnisse durch die Diät war nicht nachzuweisen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Untersuchungen über Scharlachniere,** von S. Monogenoff-Saratow. (Inaug.-Dissert. Berlin 1908.) Verfasser schildert ausführlich die histologischen Verhältnisse bei vier Fällen von Nephritis, teils mit, teils ohne vorhergehende Scarlatina. Er stimmt der Löhleinschen Darstellung bei, der zufolge die als chronische parenchymatöse Nephritis bezeichneten und mit Herzhypertrophie und allgemeinem Hydrops einhergehenden Fälle auf eine früher überstandene akute Glomerulonephritis zurückzuführen sind. Die akute Scharlachnephritis stellt auch immer das Bild einer akuten Glomerulonephritis dar. Der Vorgang der Verödung der Malpighischen Knäuel dürfte wohl mit einem Verstopftwerden der Schlingen durch Autolyse des Leibes der Endothelkerne und durch Leukocyten beginnen. Auch können wohl die Wandungen der Kapillaren am Prozesse teilnehmen. Verfasser hat auch den von Tschistowitsch beschriebenen Modus des intrakapsular-produktiven Prozesses angetroffen. Ferner ist ein Zusammenhang der Verödung mit hyaliner Entartung an den Glomerulosschlingen zu konstatieren. Hyaline Entartung ist bei Glomerulonephritis auch an der Bowmanschen Kapsel zu konstatieren. *Philippi-Bad-Salzschlirf.*

**Änderung der Tuberkulinreaktion nach Scharlach,** von Paul Heim und Karl John-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1908.) Ein wegen allgemeiner Schwäche zur Konsultation gebrachtes vierjähriges Mädchen, dessen Mutter tuberkulös ist, zeigte heftige Reaktion nach der Hautimpfung. Es wird mit 00., A. T. O. Injektionen in Behandlung genommen. Es bekam vier Injektionen von $^{7}/_{10}$ ccm pro Dosis. Drei Tage nach der letzten Injektion erkrankte das Kind an Scarlatina. Mit dem Exanthem trat die Hautreaktion wieder auf. Auch die Stellen der Injektionen werden infiltriert und rot. Das Exanthem übergreift auch diese frisch reagierenden Stellen, welche später deutlich desquamieren. Diese Erscheinung versuchen die Autoren mit zweierlei Theorien — welche aber undeutlich scheinen — zu erklären. Nach Masern wird die vorher positive Hautreaktion negativ, zeigt die Erfahrung mehrerer Forscher, auch bei Vorhandensein pathologischer Erscheinungen. *Perosz-Budapest.*

**Zur Behandlung des Scharlachs,** von H. Finkelstein - Berlin. (*Therap. d. Gegenw.* April 1908.) Verfasser bespricht die mit dem Moserschen, dem Aronsonschen, Meyer-Ruppelschen und Marpmannschen gemachten und bisher publizierten Resultate, ferner das Formamint, Taygase und Urotropin. Eine besondere Empfehlung gibt er keinem unter allen diesen verschiedenen Mitteln mit.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Verbindung von Scharlach mit Masern beim Kinde,** von Lereboullet-Paris. (*Progr. méd.* 1908. Nr. 24.) Das gleichzeitige Auftreten dieser beiden Affektionen bedeutet nach L.s Beobachtungen nicht in allen Fällen eine durchaus verhängnisvolle Erkrankung; am ernstesten gestaltet sich die Prognose, wenn Scarlatina der Masernerkrankung um wenige Tage vorangegangen ist. Verfasser erklärt die Gefährlichkeit dieser Situation durch die skarlatinösen Störungen an den oberen Luftwegen, indem dadurch die mit den Masern verbundenen katarrhalischen Prozesse eine

besondere Virulenz annehmen können. Liegt die Scharlacherkrankung längere Zeit zurück, so ist, eine gründliche Behandlung vorausgesetzt, die Gefahr nicht mehr so grofs. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Hydriatik der Masern,** von J. SADGER-Wien-Graefenberg. (*Wien klin. Rundsch.* 1908. Nr. 52.) Der Verfasser behandelt grundsätzlich jede, auch die leichteste Form der Masern gleich von Anfang an mit Wasser und empfiehlt zur Verhütung der Infektion den Kindern prophylaktisch früh morgens und nachmittags eine drei Minuten dauernde Ganzabreibung mit 10—12 grädigem Wasser zu verabfolgen. Er glaubt, dadurch die Kinder vor Ansteckung zu bewahren oder bei schon stattgehabter Infektion diese zu ersticken. *Schourp-Danzig.*

**Rubeola,** von G. W. STEWES-London. (*Brit. med. Journ.* 7. Nov. 1908.) Einige klinische Bemerkungen ohne wesentliche Bedeutung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein ungewöhnlicher Fall von Rubeola,** von G. C. GARRATT-London. (*Lancet.* 9. Jan. 1909.) Bei einem 6 jährigen Knaben bestanden fünf Tage lang verschiedentliche Prodromalerscheinungen mit Fieber bis zu 40,3, ehe der Ausschlag hervortrat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Eine kleine Epidemie von Fleckfieber,** von FR. PORT-Göttingen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 41.) Beschreibung von vier Fällen von Fleckfieber, die alle polnische, 10—14 Tage vorher zugewanderte, in der Nähe von Göttingen in einer Ziegelei beschäftigte Arbeiter betrafen. Die Fälle waren relativ leicht, die hohe Fieberkontinua dauerte nur fünf bis sieben Tage, bei zwei Kranken konnte ein Exanthem nicht festgestellt werden; vielleicht war es bei ihnen zur Zeit der Aufnahme ins Spital bereits wieder verschwunden. Die Zahl der Leukocyten war durchaus vermehrt; dabei machten die neutrophilen Polynukleären 56,5—73 %, die kleinen Lymphocyten 35 bis 19 %, die grofsen Lymphocyten 3—7,5 %, die Eosinophilen höchstens 1 %, die Mastzellen höchstens 0,5 % aus. Die Kranken wurden, wie es CURSCHMANN empfohlen hat, der Freiluftbehandlung unterworfen, d. h. es wurden die Fenster der Krankenzimmer Tag und Nacht weit offen gehalten; Bäder und Antipyretika kamen nicht zur Anwendung, die leichten Kreislaufstörungen wurden dagegen in der üblichen Weise behandelt. Alle vier Patienten genasen; eine Weiterverbreitung der Infektion fand nicht statt. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes, das zwei Kranken im Höhestadium der Erkrankung entnommen worden war, ergab ein negatives Resultat.

Anschliefsend an die Mitteilungen Ps. weist C. HIRSCH-Göttingen auf das häufige Vorkommen von Fleckfieber in Galizien und auf das vollständige Fehlen eines Grenzschutzes gegenüber den Menschenseuchen Pocken und Fleckfieber hin; gegen die Einschleppung von Viehseuchen sind wir dagegen ausgezeichnet geschützt. *Götz-München.*

**Die verschiedenen Arten von Pocken,** von ET. BURNET-Paris. (*Soc. de l'Internat. des hop. de Paris.* Sitzung vom 25. Juni 1908.) Verfasser berücksichtigt hier nicht nur die menschliche Variola, sondern auch die als Schafpocken und als Vogelpocken oder kontagiöses Epitheliom der Vögel bekannten Affektionen und gibt eine ziemlich eingehende Besprechung der histologischen Verhältnisse und der Pathogenese nach den neuesten Forschungen, ohne aber wesentlich originelles hinzuzufügen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Untersuchungen über Variola,** von E. PASCHEN-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 48.) Zu der Arbeit von PROWAZEK und BEAUREPAIRE (*Münch. med. Wochenschr.* 44) bemerkt PASCHEN, dafs die von diesen Forschern beschriebenen, nach LÖFFLER sich rot färbenden Körperchen je nach der Anfertigung der Präparate mit, resp. ohne Einlegen der getrockneten Ausstrichpräparate in destilliertes Wasser zur Entfernung des Serumrestes Gröfsenverschiedenheiten aufweisen, und dafs er dieses

Verhalten bereits bei früheren Gelegenheiten demonstriert hat. Die in Rio konstatierte Verbindung dieser Körperchen mit Streptokokken dürfte nur eine spezielle Eigentümlichkeit der dortigen besonders bösartigen Pockenepiedemie darstellen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über komplikatorische Exantheme bei Varicella,** von J. D. Rolleston-London. (*Brit. med. Journ.* 4. Mai 1907.) Die hier geschilderten sechs Fälle betreffen Kinder im Alter von $^{3}/_{4}$ bis zu 8 Jahren. Die Varicella entwickelte sich bei ihnen allen im Gefolge von Scharlach, und das accidentelle Erythem zeigte den skarlatinösen Typus. Dasselbe trat teils nach, teils vor der Entwicklung der Varicellenbläschen hervor und verging ohne Schuppenbildung. Eine bestimmte diagnostische oder prognostische Bedeutung scheint demselben nicht zuzukommen, was auch aus den Literaturangaben hervorgeht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Fall von linksseitiger Appendizitis bei einem hartnäckig obstipierten $1^{3}/_{4}$jährigen Kinde nach Windpocken,** von O. Schellong-Königsberg. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 45.) Ein $1^{3}/_{4}$jähriges Kind, das in den ersten Lebensmonaten an der Mutterbrust und auch späterhin mit hartnäckigen Stuhlverstopfungen zu tun hatte, wurde im April geimpft, wobei fünf Pocken stark angingen. Im Juli soll das Kind mehrere Tage gefiebert und Schmerzen gehabt haben. Am 1. November und in den folgenden Tagen hatte das Kind leichte Windpocken gehabt und am 12. November setzten die Erscheinungen einer linksseitigen Appendizitis ein, die zur Abscefsbildung führte. Bei der nun vorgenommenen Operation wurden grofse Mengen stinkenden Eiters entleert. Am Tage nach der Operation schwerer Kollaps mit Störungen der Atmung und Herztätigkeit; am folgenden Tage Exitus. Die Autopsie ergab einen quer hinter der Blase nach links verlaufenden Appendix, welcher gegen seine Unterlage mit alten peritonitischen Verwachsungen fixiert war; mehrere abgekapselte Eiterherde im retroperitonealen Gewebe und fettige Degeneration der Leber.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Impfung und Ekzem,** von Paul Schenk-Berlin. (*Med Klinik.* 1908. Nr. 37.) Das Impfen eines ekzematösen Kindes führt nicht an sich zur Vaccina generalisata, sondern es mufs der Impfstoff direkt auf das Ekzem übertragen werden, wenn sich gefährlichere Folgeerscheinungen der Impfung zeigen sollen. Der Impfarzt wird aber am sichersten verfahren, wenn er von der Impfung eines jeden mit Ekzem behafteten Impflings Abstand nimmt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Fall von Vaccineübertragung auf die Vulva,** von Leonhard Leven-Elberfeld. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 43.) L. konstatierte bei einer Frau an beiden Labien grofse Ulcera, die durchaus das Aussehen syphilitischer Primäraffekte hatten, nach Angaben der Patientin jedoch nach einem Schüttelfrost unter Temperatursteigerungen sehr schnell entstanden sein sollen. Nähere Nachforschungen ergaben, dafs die Frau sich acht Tage vor dem Auftreten der Geschwüre mit einem Ölläppchen, das bei ihrem geimpften Kinde zur Bedeckung der Pusteln benutzt worden war, den Scheideneingang abgewischt hat; es handelte sich also um einen Fall von Vaccineübertragung. *Götz-München.*

**Ein Fall von universeller Vaccinia nebst Bemerkungen zur Pathologie der Affektion,** von R. S. Oldham. (*Dublin Journ. med. scienc.* 1. Juli 1908.) Bei einem drei Wochen alten gesunden Säugling wurde unter Beobachtung aller nötigen Vorsichtsmafsregeln an einem Arm geimpft. Am siebenten Tage nach der Impfung traten in der Umgebung der Impfstelle ein paar überzählige Impfpocken hervor, und am neunten wurde eine solche an der Hacke des Kindes im Entstehen begriffen festgestellt. In den folgenden Tagen nahm die Entwicklung dieser Läsionen an Zahl und an Intensität enorm zu, um schliefslich im Laufe der sechsten bis siebenten Woche

in Heilung überzugehen. Die stillende Mutter akquirierte eine mit intensivsten Schmerzen verbundene Impfung an der Mamma. Im zweiten Teil seiner Arbeit legt Verfasser an der Hand der verschiedenen zu diesem Thema in der Literatur verzeichneten Untersuchungen den Zusammenhang zwischen Variola und Vaccinia dar, ohne eine endgültige Lösung für die Frage zu finden, weshalb vereinzelte Impfungen zu universellen Formen ausarten, während unter anscheinend ganz gleichen Bedingungen dies gewöhnlich nicht eintritt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Revaccination der Kaninchencornea,** von W. Knoepfelmacher und H. Lehndorff-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 47.) Die an 22 Kaninchen vorgenommenen Revaccinationen der Cornea zeigten in jedem Falle einen beschleunigten Ablauf der entzündlichen Erscheinungen. Die Reaktion setzte regelmäſsig früher ein und war von geringerer Intensität als bei der Erstimpfung. Die Revaccination hinterlieſs keine bleibenden Veränderungen an der Cornea. *Schourp-Danzig.*

**Über den Befund von beweglichen Körperchen in der Cornea mit Kuhpocken geimpfter Kaninchen,** von G. Volpino-Turin. (*Il Policlinico.* 1908. Heft 18.) Verfasser fand in der Cornea vaccinierter Kaninchen an frischem Material bei Dunkelfeldbeleuchtung feinste Körperchen innerhalb der Zellen, zum Teil zwischen denselben, die sich nicht nur in sich bewegten, sondern auch ihren Platz wechselten. Sie fanden sich nie in der normalen oder mit diversen chemischen, physischen oder biologischen Mitteln gereizten Cornea. *W. Haas-Hamburg.*

---

## Chronische Infektionskrankheiten.

### b. *Tuberkulose.*

**Über experimentelle Hauttuberkulose bei Affen,** von Prof. R. Kraus und Privatdozent S. Grosz-Wien. Mit vier Tafeln. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 47, Heft 3.) Als Ergebnis ihrer Untersuchungen stellen Verfasser zunächst fest, daſs sowohl Tuberkelbazillen menschlicher Herkunft, als auch Perlsuchtbazillen tuberkulöse Hautaffektionen bei Affen hervorzurufen imstande sind. Nach Impfung mittels Skarifikation im Supraorbitalgewebe kommt es nach 10—14 Tagen zu entzündlichen Veränderungen, welche eine zeitlang bestehen bleiben, teils zu Zerfall- und Geschwürsbildung führen oder sich rückbilden können. Mit Stämmen tierischer Herkunft (Perlsucht) entstanden jedoch auch tuberkulöse Veränderungen der regionären Lymphdrüsen, der Parotis und Sublingualdrüsen und war der Ausgang dieser Impftuberkulose regelmäſsig ein letaler, bedingt durch die Propagation des Virus in die inneren Organe (Lunge, Milz, Leber). Bei der Untersuchung der Impfprodukte auf Tuberkelbazillen ergab sich in der Mehrzahl der Fälle, wenn auch nicht konstant, daſs die anatomisch und klinisch als progredient charakterisierten, mit Zerfall einhergehenden Formen wenig oder nur ganz vereinzelt Tuberkelbazillen enthalten, hingegen die mit menschlichen Tuberkelbazillen erzeugten Impfprodukte, die sich vollständig zurückbilden können und nicht zu Zerfall neigen, oft ganz enorme Mengen von Bazillen aufweisen und zwar stellenweise in einer Anordnung, wie sie den Leprabazillen im Gewebe der Lepraknoten ähnelt. Weitere Versuche traten der Frage näher, ob durch eine vorgängige Infektion der Haut eine herabgesetzte Empfänglichkeit derselben gegen eine an einer anderen Stelle gesetzte Neuinfektion eingetreten sei; es zeigte sich stets, daſs die zweite Impfung in ihrer Wirkung keineswegs durch die erste, auch wenn sie beide an den gleichen Hautstellen vorgenommen wurden, beeinfluſst wurde. Bei dem mit Vogeltuberkulose geimpften Versuchstiere findet man, trotzdem die klinisch und anatomisch erhebbaren Veränderungen nur geringfügig und durchaus uncharakteristisch

sind, ganz enorme Mengen von Tuberkelbazillen im Gewebe. In ihren künftigen Versuchen wollen Verfasser die mit Reinkulturen von Tuberkelbazillen regelmäſsig erzeugbare Hauttuberkulose als Indikator für die Wirksamkeit der verschiedenen subcutanen Immunisierungsmethoden benutzen. Die Einzelheiten der verschiedenen Tierversuche sind im Original nachzusehen. *Stern-München.*

**Vergleichende Cutanimpfungen,** von Alexander Werner - Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1908. Nr. 44.) 200 Fälle wurden mit verschiedenen reaktiven chemischen Stoffen geimpft, um die Reaktionen zu studieren. Die Reaktion entwickelte sich verschieden.

| | | |
|---|---|---|
| Nach | 1%iger Sublimatlösung | 14 mal |
| „ | Bovienfiltrat | 24 „ |
| „ | Diphtherieantitoxin | 27 „ |
| „ | Tuberculin | 81 „ |
| „ | Senföl | 103 „ |
| „ | Tct. Arnicae | 114 „ |
| „ | Crotonöl | 182 „ |

riefen diese Zellengifte eine Reaktion hervor. Bei manifesten Tuberkulotikern zeigte die Haut in 90% der Fälle Tuberkulinreaktion; bei Verdächtigen in 82%; bei nicht Verdächtigen in 20%. So stellte sich heraus, daſs die Haut der Tuberkulotiker auf Tuberkulin am empfindlichsten ist und die Reaktion ist auch am stärksten entwickelt. *Porosz-Budapest.*

**Die Anwendung der Moroschen perkutanen Tuberkulinreaktion im Kindesalter,** von Karl Mayrhofer. (Inaug.-Dissert. München 1908.) Alle bisherigen Untersuchungen lassen erkennen, daſs die perkutane Tuberkulinreaktion nach Moro nicht nur die technisch einfachste, sondern auch die harmloseste ist. Diese Eigenschaften machen sie am geeignetsten für die Praxis. Die Resultate sind diagnostisch sehr wertvoll. Gegenüber der Impfung nach v. Pirquet hat die Salbenreaktion den Vorteil, daſs sie nicht jeden ausgeheilten Herd anzeigt. Mit der Konjunktivalreaktion stimmt sie in den Rusultaten ungefähr überein. Sie wird also in Zukunft die physikalischen Untersuchungsmethoden wesentlich unterstützen. Sie wird diese aber nicht überflüssig machen, da sie ja nicht lokalisiert. Im Gegenteil fordert sie zur exaktesten Kontrolle auf, auch deswegen, weil sie nicht quantitativ miſst. *Fritz Loeb-München.*

**Die Behandlung von Lupus vulgaris,** von G. H. Lancashire Manchester. (*Brit. med. Journ.* 24. Okt. 1908) Von inneren Mitteln nennt Verfasser als seiner Erfahrung nach nutzbringend das Jodkalium und Thyreoidextrakt. Lokal behandelt er je nach dem Sitz und der Art des Leidens; er verwendet vielfach die Kürettage mit nachfolgender gründlicher Verätzung mit einer gesättigten Zinkchloridlösung. Oft genügt es, ein 40%iges Pflaster mit Pyrogallussäure acht Tage lang tragen zu lassen mit nachfolgender 10%iger Salbe desselben Mittels und schlieſslich Karbolzinksalbe. Die Exzision findet L. besonders bei Lokalisation an den Nates indiziert Für kleinere Herde am Gesicht verwendet er die Finsen- oder die Finsen-Reyn-Lampe. Röntgenstrahlen gebraucht er gelegentlich unter Beobachtung der Freundschen Technik. Isolierte Knötchen behandelt er vorzugsweise mit Kalium permanganicum. Nach Anästhesierung mit Novocain und Adrenalin wird der Herd mit einem Holzstift ausgebohrt, die Höhlung wird mit trockenem pulverisierten Permanganat ausgestopft und dann ein Tropfen Wasser appliziert. Nach einigen Stunden wird wieder angefeuchtet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Alttuberkulin gegen Lupus vulgaris,** von Emil Bresovszky-Budapest. (*Bőr ei Brejakórtau*, Nr. 3, *Beibl. z. Bud. Orv. Ujs.* 1908.) Verfasser versuchte bei fünf

inoperabilen, unheilbaren Fällen die Injektionen. Es wurde angefangen bei $^1/_{1000}$—$^1/_{10}$ Milligramm, steigend jeden vierten bis fünften Tag, oder wenn die Reaktion sehr heftig war, so wurde auch acht Tage gewartet. Die Reaktion war teilweise universell mit 38,8—40,2° C. Fieber, Kopfschmerzen, Schwindel, Appetitlosigkeit, Abführen usw., teilweise lokal mit Hyperämie, Ödem, der Knoten. Nach Ablauf dieser Erscheinungen stellte sich die Abschilferung ein. An der Stelle der Injektionen (am Rücken) war ein hyperämischer Hof entwickelt. Die Besserung war eklatant, doch keine Heilung, trotz mehrmonatlicher Behandlung. *Porosz-Budapest.*

**Über die Behandlung des Lupus vulgaris und über andere mit der Kromayerschen Quarzlampe behandelte Dermatosen**, von Arthur Schucht-Danzig. (*Zeitschr. f. med. Electrol. u. Röntgenk.* 1908. Nr. 10.) Nach einem Rückblick über die Literatur über die Quarzlampe berichtet S. von je einem Fall von Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Rosacea, Gefäfsnaevus und von zwei Fällen von Prurigo Hebrae, welche er durch Behandlung mit der Quarzlampe günstig beeinflufste. *Schourp-Danzig.*

**Die Behandlung des Lupus vulgaris durch direktes Sonnenlicht**, von J. G. Tomkinson-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 24. Okt. 1908.) Eine Dame, welche seit 25 Jahren an Lupus des Gesichts mit weiter Ausbreitung des Leidens auf beiden Wangen gelitten hatte, erzielte eine fast vollständige Heilung, indem sie in Heluan die erkrankten Partien während vier Monaten fast täglich etwa fünf Stunden lang dem direkten Sonnenlicht aussetzte. Allerdings war im Anfang dieser Kur etwas Blasenbildung aufgetreten, aber schon nach drei Wochen war ein Fortschritt zum Besseren zu bemerken gewesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

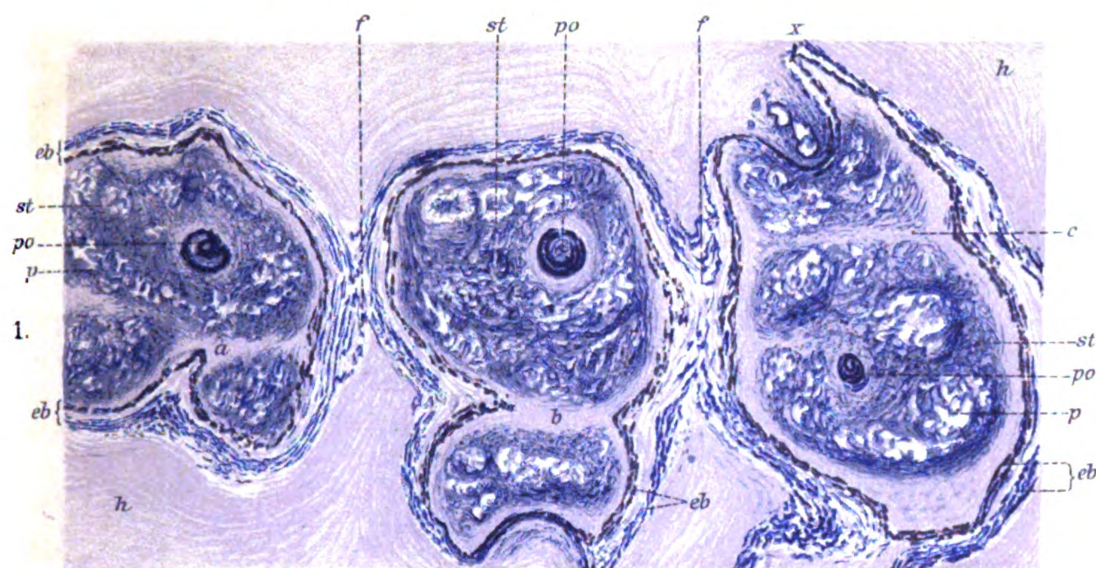
---

## Verschiedenes.

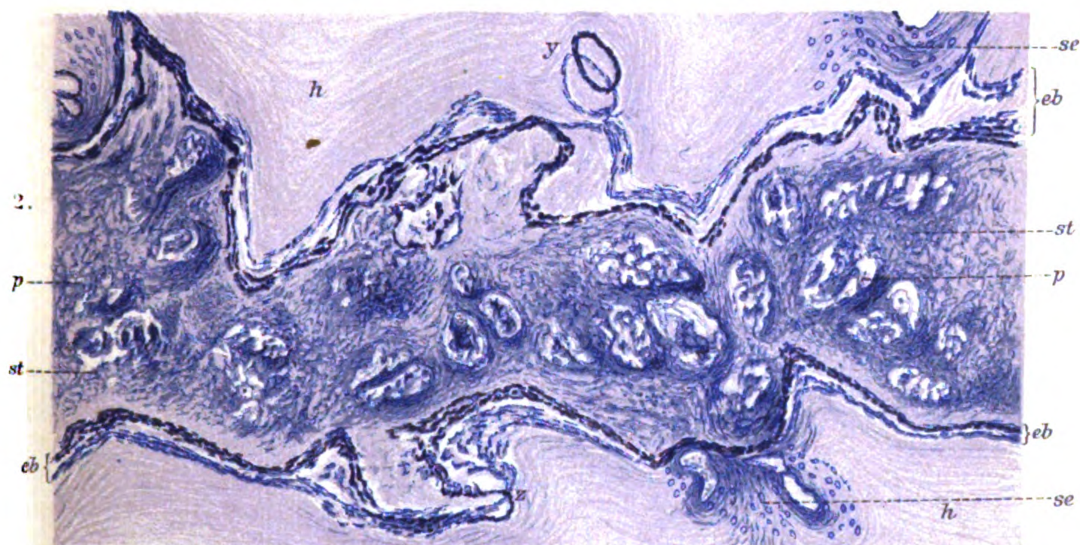
**Darf der Arzt der vom Ehemanne mit Lues infizierten Frau die Natur ihres Leidens verschweigen?** von N. Macny-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 49.) N. berichtet über eine Frau, die nach fünfjähriger Ehe von ihrem Manne verlassen worden war und sechs Jahre später mit „reflektorischer Papillenstarre auf syphilitischer Basis und luetischer Neuralgie“ in die Behandlung M.s kam, ohne eine Ahnung von ihrer Syphilis zu haben. Die Anamnese ergab, dafs die Frau in den ersten Jahren ihrer Ehe an „Hämorrhoiden seitlich vom After“ gelitten und ein abgestorbenes Kind geboren hatte und zu jener Zeit mit Einspritzungen in die Glutäen behandelt, aber über die Natur ihres Leidens nicht aufgeklärt worden war. Dieser Fall veranlafst M. darauf hinzuweisen, wie gefährlich es für eine Frau werden kann, wenn sie über eine stattgehabte luetische Infektion im unklaren gelassen wird. Die verschiedensten Ereignisse, Scheidung oder Trennung der Eheleute, frühzeitiger Tod oder böser Wille des Mannes usw. usw. können dazu führen, dafs die Frau, nachdem sie vielleicht eine oder zwei Kuren durchgemacht hat, weiterhin unbehandelt bleibt und infolgedessen Gefahr läuft, an tertiären oder metasyphilitischen Affektionen zu erkranken. Deshalb hält M. es für Pflicht des Arztes, eine von ihrem Manne syphilitisch infizierte Frau auch gegen den Willen des Mannes über die Natur ihrer Krankheit und über die Art und Dauer der Behandlung zu informieren. Das liegt auch im Interesse des Arztes; denn es erscheint nicht ausgeschlossen, dafs einmal eine Frau mit tertiärer Syphilis den Arzt, der sie zuerst behandelte ohne ihr diese Information zu geben, mit Erfolg auf Schadenersatz verklagt. *Götz-München.*

---

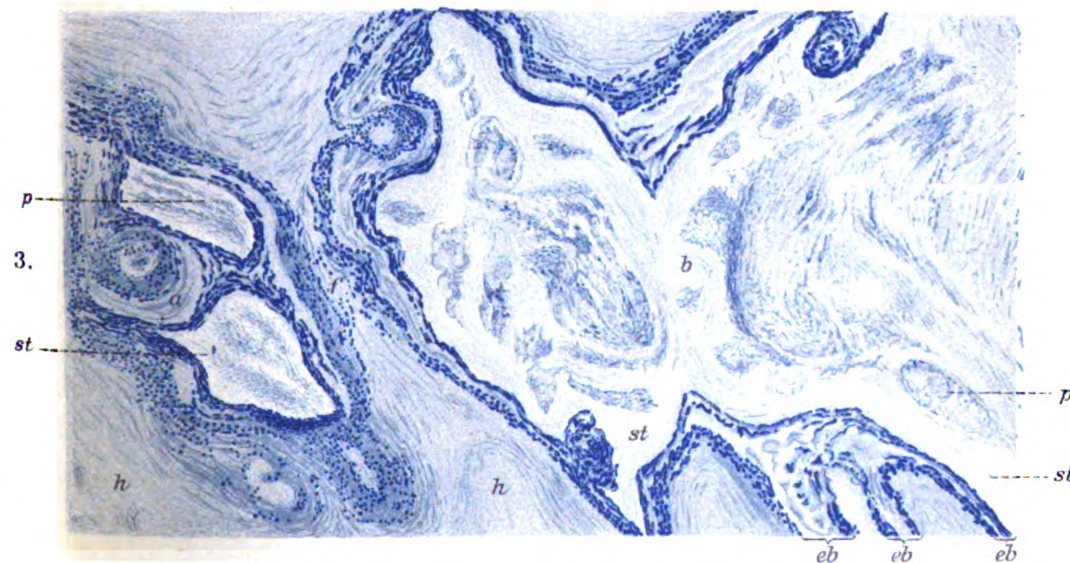
1.




2.




3.




**Wile.** Das Eleïdin der basalen u. superbasalen Hornschicht.

Käthe Schlick.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig)

# Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. | No. 7. | 1. April 1909.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Kgl. Universität Parma.
(Vorst.: Prof. VITTORIO MIBELLI.)

## Beitrag zur Histologie der Papel des Lichen planus, mit besonderer Berücksichtigung des Lichen der Schleimhäute.[1]

Von

Dr. G. B. DALLA FAVERA,
Assistenzarzt.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Gegenwärtige Arbeit bezieht sich auf zwei typische Fälle von Lichen planus, welche ich vor kurzem Gelegenheit hatte, in der Klinik zu untersuchen, und bei welchen gleichzeitig die Haut und die Mundschleimhaut erkrankt waren.

Ich werde ihre klinische Geschichte kurz zusammenfassen:

1. M. Angelo, 26 Jahre alt, verheiratet, Schreiner, aus Zibello bei Parma gebürtig, wird am 26. Oktober 1908 in die Dermatologische Klinik zu Parma aufgenommen.

Status praesens (27. Oktober 1908). Mann von mittlerer Gröſse, regelmäſsigem Skelettbau; guter Ernährungszustand, etwas nervöses Temperament. Aus der Untersuchung der verschiedenen organischen Systeme, des Harnes und des Blutes ergibt sich keine krankhafte Erscheinung.

Die Haut des Thorax, des Abdomens, der Geschlechtsorgane, der oberen und unteren Gliedmaſsen ist mit kleinen papulösen Erhabenheiten besät, welche durchschnittlich die Gröſse eines Stecknadelkopfes, eine rötlich-gelbliche Farbe, deutliche Umrisse und eine polygonale Form aufweisen und leuchtend und fast glänzend erscheinen, wenn man sie bei schräger Beleuchtung betrachtet. Diese Papeln, welche in ihrer Morphologie die typische Effloreszenz des Lichen planus darstellen, flieſsen hier und da zusammen und bilden dabei umfangreichere Papeln, deren Gröſse höchstens diejenige eines Zweipfennigstückes erreicht, und rundliche Gebilde von annähernd derselben Gröſse, mit eingesunkenem und pigmentiertem Zentrum.

[1] Ins Deutsche übertragen von Dr. K. RÜHL-Turin.

Auffallend ist die Tatsache, daſs an einigen Stellen die Papeln eine lineare, streifenartige Anordnung zeigen, was vielleicht als ein Hinweis auf ihren traumatischen Ursprung zu deuten ist. Diese Annahme kann man mit Sicherheit für den linken Fuſsknöchel machen, wo eine Narbe, die von einem vom Patienten am Anfang gegenwärtiger Krankheit erlittenen Trauma herstammt, von solchen Effloreszenzen umringt und stellenweise bedeckt ist, während in der Umgebung die Haut vollständig davon frei ist.

Untersuchung des Mundes. Die Zunge hat eine normale Form, ist ziemlich groſs, mit vorn abgerundetem Ende; ihre obere Fläche weist, besonders in den zentralen Teilen, leichte transversale Furchungen und seitlich zwei schräge Furchungen auf in der Richtung von vorn nach hinten, welche an der Spitze der Zunge besonders deutlich hervortreten. Auf der rötlich gefärbten Zungenschleimhaut treten einige kleine, besonders seitwärts der Mittellinie, im mittleren Drittel der Zunge gelegene und eine ziemlich genaue Symmetrie aufweisende weiſsliche Flecke deutlich hervor. Einige von diesen Flecken sind isoliert und haben die Gröſse eines Hirsekorns oder wenig mehr und eine regelmäſsige runde Form; andere sind zu kleinen, unregelmäſsigen Gruppen vereinigt. Sie haben eine weiſslich-graue, opake Farbe und erinnern im ganzen an das Aussehen einer angefeuchteten Oblate (Hallopeau). Diese Effloreszenzen treten deutlicher hervor, wenn die Zungenoberfläche trocken ist. Bei näherer Besichtigung erkennt man, daſs an den dem Sitz dieser Gebilde entsprechenden Stellen die normale, durch die fadenförmigen Papillen bedingte zottige Beschaffenheit der Zungenschleimhaut fehlt, als ob diese Papillen durch eine ihre Zwischenräume ausfüllende Epithelwucherung zusammengekittet wären. Daraus ergibt sich somit eine glatte und gleichmäſsige, im Niveau der Spitze der fadenförmigen Fortsätze gelegene Oberfläche; infolge dieses Umstandes machen die Effloreszenzen, besonders die isolierten, auf den ersten Blick den Eindruck von papulösen Erhebungen.

Auf der Innenwand der linken Wange befinden sich, in der Nähe des Mundwinkels, zahlreiche Effloreszenzen von weiſslich-opaker Farbe, welche aus der Schleimhautebene leicht hervorragen und dazu neigen, sich gruppenweise zu vereinigen. Solche Effloreszenzen beobachtet man auch, aber in geringerer Zahl, auf der Schleimhaut der rechten Wange. Weitere Gruppen von Effloreszenzen mit gleichem Aussehen findet man auch an beiden Seiten mehr nach hinten in der Nähe der Backenzähne. Bei der Betastung fühlt man eine leichte Rauheit, welche dem Erhabensein der Papeln entspricht.

Es sind keine subjektiven Erscheinungen vorhanden; Patient hatte von den Veränderungen seiner Mundschleimhaut nicht das geringste gemerkt. Betreffs der Hautaffektion behauptete er, sie habe vor etwa einem Monat begonnen. Keine weiteren pathologischen Erscheinungen waren ihr voraus-

gegangen oder begleiteten sie, abgesehen von einem mäßsigen, fast unbedeutenden Juckreiz.

2. B. Virginio, 16 Jahre alt, Dienstmann, aus Parma, wurde am 20. Oktober 1908 in die dermatologische Klinik aufgenommen. Aus der Anamnese erfährt man, daſs fünf Brüder des Patienten in frühem Alter gestorben sind. Patient selbst hat in der ersten Kindheit eine Meningitis durchgemacht, ist später aber immer gesund gewesen. Gegenwärtige Krankheit hat vor zwei Monaten angefangen.

Status praesens (22. Oktober 1908). Patient in voller Gesundheit mit kräftigem Körperbau. Leichte Polymikroadenie.

Auch dieser Patient weist neben einer Dermatose, deren objektive Charaktere unzweifelhaft für die Diagnose Lichen planus sprechen, interessante Veränderungen der Mundschleimhaut auf:

Auf dem freien Rande der Unterlippe beobachtet man eine diffuse grauweiſsliche glänzende Färbung, welche sich bei genauerer Besichtigung als das Resultat des Zusammenflieſsens von kleinsten punktförmigen Flecken dieser Farbe erweisen. In der Gegend der Mundwinkel beobachtet man an beiden Seiten andere isolierte, durch Zonen von gesunder Schleimhaut getrennte Effloreszenzen.

Auf der Schleimhaut beider Wangen findet man ähnliche Effloreszenzen von weiſslich-grauer Farbe und silberähnlich glänzendem Aussehen, von denen die kleineren die Gröſse eines kleinen Stecknadelkopfes haben. Sie liegen nahe beieinander, sind aber im allgemeinen, besonders gegen die Peripherie der befallenen Zone sehr deutlich voneinander unterscheidbar. Gegen das Zentrum der Zone flieſsen sie mehr zusammen und bilden gröſsere Effloreszenzen, deren Zusammenhang aus kleineren rundlichen Elementen noch deutlich an der aus vielen Halbkreisen gebildeten Form der Ränder erkennbar ist. Die Elemente des Ausschlages zeigen des weiteren eine Neigung dazu, sich in linearen Reihen anzuordnen, welche bald anastomotisch verbunden sind, bald sich schneiden, so daſs sie hier und da zierliche, baumförmige Figuren bilden.

Die Effloreszenzen sind auf der Wangenschleimhaut in der Weise verteilt, daſs die den oberen und unteren Eck- und Backenzähnen entsprechenden Teile der Schleimhaut befallen sind, während die mittleren Teile ziemlich frei sind. Am meisten ist die Schleimhaut der linken Wange befallen.

Bemerkenswert ist es, daſs dem Patienten die zwei unteren Eck- und die zwei unteren Backenzähne links fehlen; aus dem Zahnfleisch ragen spitze Zahnfragmente hervor. Rechts fehlt der erste obere und untere Backenzahn.

Wenn man mit einem Finger über die erkrankte Zone der Wangenschleimhaut streicht, hat man eine Empfindung, genau wie wenn man mit

dem Finger über eine Raspel striche. Die Schleimhaut der Zunge ist normal. Auch in diesem Falle hatte sich die Erkrankung der Mundschleimhaut gebildet, ohne dafs Patient etwas davon gemerkt hätte. Die Dermatose hatte nie subjektive Beschwerden verursacht.

Bei vier anderen Kranken mit Lichen, welche im Laufe desselben Jahres (1908) in der Klinik ambulatorisch behandelt wurden, konnten keine Veränderungen an den Schleimhäuten nachgewiesen werden.

* * *

Während man früher den Lichen planus der Schleimhäute als eine Seltenheit betrachtete, überzeugte man sich später, nachdem die Dermatologen ihr Augenmerk auf diese Lokalisierung der Krankheit gerichtet hatten, dafs die Schleimhäute sehr oft an dem Prozefs beteiligt sind. Um nur einige statistische Zahlen anzuführen, erwähne ich, dafs Heuss die Schleimhautaffektion in 40 %, Gautier in ca. 57 % der Fälle von Lichen und Herxheimer 93 mal unter 127 Fällen beobachtete.

Aufser der Mundschleimhaut können auch andere Schleimhäute befallen sein; so beobachtete Page an der äufseren Harnröhrenmündung eine Plaque, welche sich auf der Harnröhrenschleimhaut fortsetzte; Heuss hat einen Fall von isolierten und linienartig vereinigten, gegen die Mitte der Pars cavernosa der Harnröhre lokalisierten Licheneffloreszenzen ausführlich beschrieben; Marx und Stobwasser haben, unabhängig voneinander, je einen Fall von Lichen der Afterschleimhaut beschrieben.

Die Kenntnis des Lichen der Schleimhäute ist sehr wichtig, weil diese Lokalisation oft das anfängliche Symptom der Krankheit bildet und den Hauterscheinungen vorangeht, und zuweilen lange Zeit oder sogar dauernd das einzige Symptom der Erkrankung darstellt. Dubreuilh behauptet sogar, dafs die Fälle von alleinigem Befallensein der Mundschleimhaut häufiger sind als diejenigen von ausschliefslicher Affektion der Haut.

Ich will mich hier nicht über die klinische Symptomatologie des Lichen der Schleimhäute und über die Differentialdiagnose desselben gegenüber anderen Erkrankungen der Schleimhäute verbreiten. Die im Munde lokalisierten Effloreszenzen von Lichen planus können mit syphilitischen Erscheinungen verwechselt werden; diese Verwechselung ist um so leichter, wenn es sich um einen tatsächlich syphilitischen Patienten handelt. Oft wird durch eine gleichzeitige Erkrankung der Haut jeder Zweifel weggeräumt; in anderen Fällen wird man dagegen durch die Lokalisierung der Dermatose und die Morphologie der eruptiven Elemente sehr leicht zu einer falschen Diagnose veranlafst. In dieser Beziehung verweise ich auf die ausgezeichnete Monographie von Trautmann (Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege. Wiesbaden 1903).

Während die pathologische Histologie des Hautlichens Gegenstand zahlreicher Untersuchungen war, haben wir über den Lichen der Schleimhäute nur die Arbeiten von v. POOR und von DUBREUILH.

Deshalb hat Prof. MIBELLI mit Zustimmung des Patienten zwei Biopsien bei dem ersten Fall (M. Angelo) zum Zwecke einer histologischen Untersuchung ausgeführt.[2] Es wurde eine kleine, auf dem Zungenrücken gelegene isolierte Papel und eine Effloreszenz der linken Wange in der Nähe des Mundwinkels exzidiert. Wie DUBREUILH bemerkt, sind Biopsien leichter an der Mundschleimhaut als an der äuſseren Haut auszuführen. Die Schleimhaut der Mundhöhle ist weniger empfindlich als die Haut, und auſserdem heilen die Wunden der ersteren rasch, ohne eine Narbe zu hinterlassen.

Die exzidierten Stücke wurden in absolutem Alkohol fixiert und in Paraffin eingeschlossen; es wurden Serienschnitte ausgeführt und mit UNNAS Polychromblau und neutralem Orceïn gefärbt.

Histologischer Befund. Das aus der Zungenschleimhaut herausgeschnittene Stück umfaſst die ganze Papel, so wie sie makroskopisch sichtbar war, und an beiden Seiten einen Abschnitt von gesunder Schleimhaut. In der Tiefe reichte der Schnitt bis zu den ersten Muskelfaserbündelchen.

Die Hauptveränderungen sieht man schon bei einer geringen Vergröſserung. In den umgebenden Teilen sind die fadenförmigen Papillen gut entwickelt; dieselben sind stellenweise gerade, aber öfters geneigt, sozusagen auf der Schleimhaut liegend. Diese Erscheinung ist wahrscheinlich eine Folge der Anfertigung des Materials zur mikroskopischen Beobachtung. Auf der Oberfläche der Papel sind dagegen keine fadenförmigen Papillen zu sehen, nur an ihren Rändern beobachtet man einzelne kurze, kegelförmige Ausläufer. Die epitheliale Schicht ist enorm vergröſsert, die interpapillären Ausläufer sind auch vergröſsert, die Dermapapillen sind deformiert und zum Teil verschwunden.

Bei starker Vergröſserung erkennt man, daſs die Verdickung des Epithels zum gröſsten Teil auf ein interstitielles und parenchymatöses Ödem seiner Zellen zurückzuführen ist. Die einzelnen Zellen der MALPIGHIschen Schicht sind vergröſsert und blasser als gewöhnlich; viele von ihnen zeigen eine mehr oder minder vorgeschrittene kavitäre Veränderung. Die intercellularen Räume sind sehr erweitert und in weite Spalten umgewandelt, in welchen man oft eingewanderte leukocytäre Elemente beobachtet. Die cylindrische Schicht ist einigermaſsen deformiert, aus unregelmäſsigen Zellen

---

[2] Ich nehme hier gern Gelegenheit, meinem hochgeschätzten Lehrer, Herrn Prof. MIBELLI, für seine wertvollen Ratschläge und seine freundliche Hilfe bei dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

bestehend, und hier und da, wo die Dermaläsionen schlimmer sind, infiltriert und unterbrochen. Mitosen der epithelialen Zellen sind äufserst selten.

Die oberen Schichten der Epidermis sind natürlich durch die Veränderungen der unterliegenden beeinflufst. Nach oben hin werden die Zellen immer mehr abgeplattet und nehmen ein lamellenähnliches Aussehen an; gleichzeitig verlieren Kern und Protoplasma ihre färberische Affinität und die ganze Zelle reduziert sich auf eine blasse, an den benachbarten Zellen anhaftende Masse. In einzelnen Zellen erscheinen spärliche Körnchen von Keratohyalin. An der Oberfläche zeigt sich eine Abschilferung in Form von grofsen Lamellen.



**Fig. 1.**

**Lichenpapel der Zungenschleimhaut. Die an der Peripherie deutlich sichtbaren fadenförmigen Papillen sind in dem Gebiet der Läsion verschwunden; auf demselben breitet sich eine vollständig ebene Epithelschicht aus.**

Die oberflächlichen, mit dem Epithel in Berührung stehenden Teile des Derma sind ebenfalls tief verändert. Die Kapillargefäfse der Dermapapillen erreichen das Kaliber von kleinen Venen und sind fast immer leer. Auch die perivaskulären und interfascikulären Lymphräume sind enorm erweitert, so dafs dadurch weite Lakunen entstehen. Über dieser ödematösen vaskulären Bindegewebsschicht findet man eine diffuse und starke Zelleninfiltration ausgebreitet. Dieselbe ist besonders dicht an den Grenzen zwischen Bindegewebe und Epithel und dringt oft an den Stellen, wo die interpapillären Ausläufer gelegen sind, in das Epithel ein und macht dadurch die Grenzen zwischen diesem und dem unterliegenden Corium undeutlich.

Was die Zellenformen anbetrifft, aus welchen diese Infiltration besteht, so handelt es sich zum Teil um Zellen mit hellem Kern und flügelförmigen Ausläufern, die auf den kollagenen Bündeln liegen; viele dieser Zellen enthalten zwei Kerne. Zellen desselben Charakters findet man auch hier und da isoliert und frei in den durch das Ödem erweiterten Lymphräumen des Dermas. Das Infiltrat besteht anderenteils aus kleineren, mit einem an Chromatin reichen Kern versehenen Zellen, deren Charaktere nicht

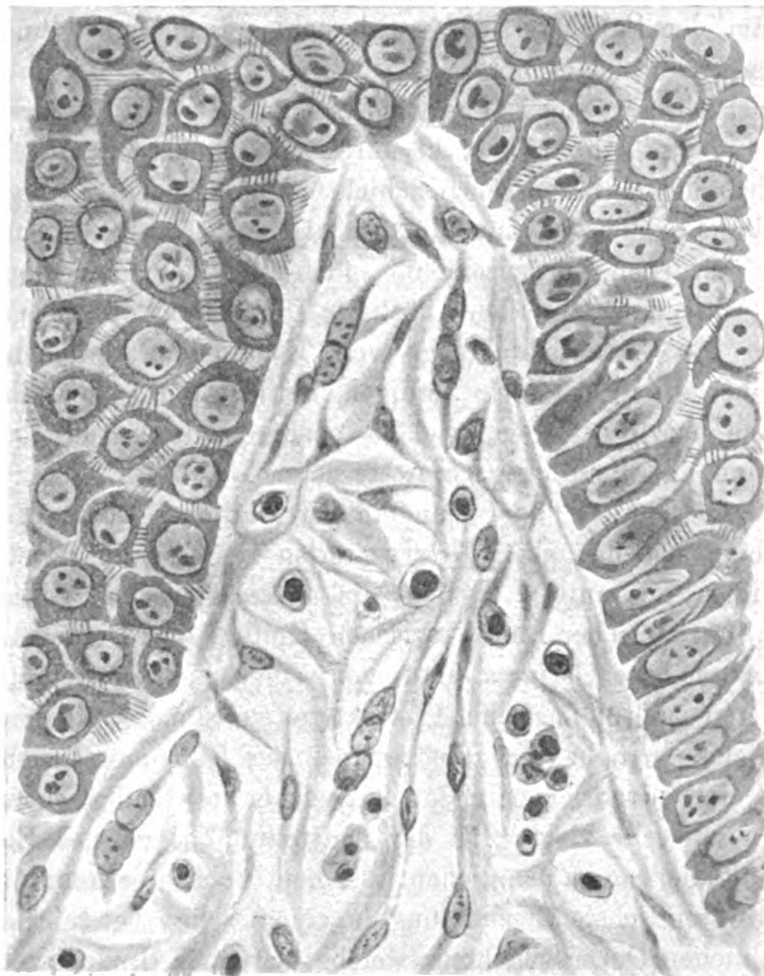


**Fig. 2.**

**Detail einer beginnenden Effloreszenz von Lichen der Wangenschleimhaut. In der Coriumpapille, welche in der Figur in starker Vergrößserung (Zeiss Ok. 4, Imm. Obj. 1/12) wiedergegeben ist, sind das Ödem des Bindegewebes der Papille, die Gefäßserweiterung und die wahrscheinlich amitotische Wucherung der fixen Bindegewebszellen sichtbar.**

gleichmäßsig sind, sondern schwanken zwischen denjenigen der grofsen mononuklearen Leukocyten und denen der typischen Lymphocyten des kreisenden Blutes. Diese Zellen findet man in unmittelbarer Nähe der Gefäfse und oft in den perivaskulären Räumen angesammelt. Zu dieser

Kategorie gehören die Zellen, welche man zwischen die MALPIGHIschen Zellen eingedrängt findet, wo sie die sonderbarsten Formen annehmen.

Ich habe keine Spur von Mast- noch von Plasmazellen gefunden.

Das andere, aus der Wangenschleimhaut herausgeschnittene Stück enthält, wie aus der mikroskopischen Untersuchung hervorgeht, eine gut entwickelte Lichenpapel, welche vier bis fünf Papillen umfaſst. Seine Oberfläche ist etwas eingesunken, fast gedellt; diese Senkung ist durch die stark verdickte Hornschicht bewirkt, welche sich fast trichterartig nach dem Zentrum der Papel vertieft; es besteht an dieser Stelle eine konzentrisch geschichtete Hornperle.

Es weist übrigens auch diese Effloreszenz eine Verdickung in toto des Epithels auf, hauptsächlich bewirkt durch ein parenchymatöses und interstitielles Ödem der MALPIGHIschen Schicht. Man beobachtet einige Mitosen. Die cylindrische Schicht ist unregelmäſsig und ausgefranst. In den unmittelbar darüber gelegenen Epithelschichten findet man einzelne eingewanderte uninukleierte Leukocyten. Die höchsten Schichten des MALPIGHIschen Rete weisen eine ziemliche Menge von Keratohyalinkörnchen als Andeutung einer rudimentären körnigen Schicht auf; denselben folgen lamellenartige farblose Zellen, welche ebenfalls durch das Ödem angeschwollen sind und deutliche Kernreste zeigen.

Unter dem Epithel findet man ein beträchtliches Ödem des Coriums. Das ausgiebige, aus den ebenfalls erweiterten Gefäſsen ausgetretene seröse Exsudat bildet an einigen Stellen ein mikroskopisches Bläschen oder eine Art mikroskopischer Lücke zwischen Epithel und Bindegewebe. Die oberen Schichten des Coriums sind von einer dichten Zelleninfiltration befallen, deren morphologische Charaktere vollständig denjenigen entsprechen, welche wir bei der Lichenpapel der Zunge beschrieben haben.

Neben der beschriebenen Papel, welche vollständig entwickelt ist, befindet sich ein sehr kleines, in der Entstehung begriffenes Element, an welchem man die ganz anfänglichen Läsionen beobachten kann. Auch hier besteht die wesentlichste Erscheinung in einem schon beträchtlichen Ödem der oberflächlichen Dermaschichten, welches das zarte Bindegewebsnetzwerk der Papille auseinanderdrängt und auflöst. Die Blutkapillargefäſse sind erweitert; das Endothel ist normal oder nur wenig aufgequollen. Die Bindegewebszellen des Papillarkörpers sind ohne Zweifel vermehrt. Ihr leicht körniger Protoplasmakörper, mit flügelartigen Ausläufern versehen oder spindelförmig gestaltet, tritt deutlicher als gewöhnlich hervor. Der Kern bewahrt seine typischen Charaktere einer hellen Vesikel, arm an Chromatin, mit ein bis zwei Nukleolen. In jeder Papille beobachtet man zahlreiche, zwei bis drei Kerne enthaltende Zellen; in einem Fall zählte ich bis sechs Kerne in einem einzigen Protoplasmakörper. Die Papillen sind fast ausschlieſslich von dieser Zellenart eingenommen.

Neben den erweiterten und leeren Kapillargefäfsen der papillaren Schlinge und des subpapillaren Netzwerkes sieht man einzelne kleine rundliche Zellen lymphocytären Aussehens mit chromatischem Kern. An einigen Stellen sind diese Zellen zahlreicher und linienartig den Gefäfsen entlang angeordnet. Auch hier enthält häufig eine einzige Zelle zwei Kerne; stellenweise beobachtet man in der Umgebung der Gefäfse einen länglichen protoplasmatischen Körper, welcher mehrere in einer Reihe angeordnete Kerne lymphocytären Aussehens enthält. Hier und da sind einige Mastzellen vorhanden.

Das Bekleidungsepithel ist infolge des interstitiellen Ödems etwas verdickt. Es sind keine intraepidermischen Wanderzellen nachweisbar.

* * *

Der histologische Befund der Effloreszenzen der Mundhöhlenschleimhaut bestätigt somit das, was die klinische Untersuchung schon seit langem gezeigt hatte, nämlich dafs die Veränderungen in der Mundhöhle den Ausdruck desselben Prozesses darstellen, welcher sich in der Haut abspielt. Wenn man sich den mikroskopischen Befund einer Effloreszenz von Lichen planus der Haut vergegenwärtigt, so wird man in der vorstehenden histologischen Beschreibung von Effloreszenzen der Schleimhaut alle die dermo-epithelialen Veränderungen angezeigt finden, welche charakteristisch und wesentlich für die entsprechende Hautaffektion sind.

Das eruptive Element der Mundschleimhaut gewinnt, in seinen charakteristisch-histologischen Einzelheiten betrachtet, auch vom diagnostischen Standpunkte aus einen bestimmten Wert, und Dubreuilh hat, auch vom rein wissenschaftlichen Gesichtspunkte aus, vollständig recht, wenn er behauptet, dafs der Befund solcher Effloreszenzen auf den Schleimhäuten uns dazu berechtigt, eine Diagnose auf Lichen zu stellen, auch bei Abwesenheit jeder Läsion des Hautgebietes.

Es ist interessant, den objektiven klinischen Befund dieser Effloreszenzen, besonders derjenigen an der Zunge, mit dem histologischen Befunde derselben zu vergleichen. Makroskopisch konnten wir nämlich beobachten, dafs der kleine, der Läsion entsprechende Zungenabschnitt seine normale zottige Beschaffenheit verloren hatte und sozusagen eben geworden war, und dafs die Effloreszenz, obwohl die fadenförmigen Papillen verschwunden waren, nichtsdestoweniger, statt eingesunken zu sein, als eine auf der Zungenoberfläche ganz leicht vorragende papulöse Erhabenheit erschien. Die Untersuchung der histologischen Präparate bestätigt nun die Nivellierung der Zungenschleimhaut an den befallenen Punkten; die fadenförmigen Papillen sind in dem Gebiete der Papel vollständig verschwunden und nur an ihrer Peripherie sieht man einzelne kurze und konische epitheliale Erhebungen.

Die mikroskopische Untersuchung erklärt uns diese Erscheinung, welche mit den dermo-epithelialen Veränderungen eng verbunden ist, welche in der Lichenpapel stattfinden. DUBREUILH, welcher in einer vor kurzem veröffentlichten Arbeit die Vorgänge eingehend untersucht hat, welche zum Verschwinden der fadenförmigen Papillen in den Lichen-effloreszenzen der Zunge führen, schrieb diesen Schwund dem Umstande zu, daſs die Infiltration in dem Zwischenraum beginnt, welcher die verschiedenen Papillen voneinander trennt, also an der Stelle, wo sich die epithelialen Ausläufer befinden, welche zwischen die einzelnen Papillen eindringen und sich im Corium der Schleimhaut vertiefen.

Ich konnte in meinen Präparaten diese Tatsache nicht beobachten, und wenn dieselbe auch in einigen Fällen nachweisbar ist, so glaube ich nicht, daſs sie die Ausfüllung der Interstitien zwischen den einzelnen fadenförmigen Papillen bis zu ihrer Bedeckung und zur Nivellierung der Zungenoberfläche, wie sie DUBREUILH beschrieben hat, erklären kann. Oder man müſste dann annehmen, daſs die Infiltration des Derma nicht nur an dem Sitz der interpapillären epithelialen Ausläufer beginnt, sondern auch daselbst lokalisiert bleibt und sich so stark entwickelt, daſs sie diese Ausläufer nach der freien Oberfläche verdrängt. Diese Annahme ist etwas gezwungen und widerspricht den pathologisch-anatomischen Erscheinungen, welche bei der Evolution des Lichen planus nunmehr als bewiesen gelten können. Es scheint mir übrigens auch unnötig, zu dieser Annahme seine Zuflucht zu nehmen, wo doch die Veränderungen des Derma und des Epithels, welche man bei dem Lichen beobachtet, die Nivellierung der Zungenoberfläche an der Stelle der Papel ausreichend erklären. Diese Nivellierung ist eine fast akzessorische Erscheinung, eine notwendige Folge des bekannten und gewöhnlichen Lichenprozesses, welcher eine mit epithelialen Erhebungen versehene Oberfläche, wie diejenige der Zunge, befällt.

Die Zungenpapillen stellen in bezug auf die Anordnung der Epithelzellen das Produkt einer ganz bestimmten und konstanten Architektur dar, welche eng verbunden ist mit der Konformation des unterliegenden Coriums. Wenn dieses letztere — wie im Falle des Lichen — durch das Ödem und die Zelleninfiltration verändert und an diesen Veränderungen auch das Bekleidungsepithel beteiligt ist, so daſs die dermo-epidermische Grenzlinie mehr oder minder eben wird, dann ist es leicht begreiflich, daſs die freie Oberfläche des Epithels auch dazu neigt, sich zu nivellieren, indem die fadenförmigen Papillen sich senken und die zwischen denselben gelegenen Interstitien sich ausfüllen.

Aus der mikroskopischen Untersuchung erfahren wir des weiteren, daſs die Effloreszenz an der Zunge, obwohl ihrer Papillen beraubt, nicht eingesunken ist, sondern in gleicher Ebene mit den fadenförmigen Papillen der Umgebung steht. Diese Erscheinung ist auf die Verdickung des ge-

samten Epithels der Schleimhaut der befallenen Teile und besonders der oberflächlichen lamellaren Schichten zurückzuführen. Über die Zungenpapel ist somit eine dichte und homogene Aufschichtung von Epithel ausgebreitet. Dieser Prozefs ist vollständig demjenigen entgegengesetzt, welcher sich bei der Exfoliatio areata der Zunge abspielt, wo die fadenförmigen Papillen infolge einer epithelialen Desquamation, welche die Oberfläche des Organs nivelliert, verschwinden, so dafs eine deutlich sichtbare Einsenkung zurückbleibt.

Das weifslich-opake Aussehen der Effloreszenzen der Zunge beim Lichen ist wahrscheinlich auf diese Anhäufung von Epithel in denselben zurückzuführen.

Es sei des weiteren hervorgehoben, dafs, wie übrigens auch schon v. Poor beobachtet hatte, bei dem Lichen das Bekleidungsepithel der Schleimhaut zu einer Verhornung neigt. Einen Beweis dafür lieferten mir meine Präparate, bei welchen in den oberen Epithelschichten Keratohyalinkörnchen nachweisbar waren. Diese Erscheinung ist nicht spezifisch für den Lichen, sondern wird bekanntlich auch bei anderen pathologischen Zuständen der Schleimhäute beobachtet.

Vörner hat einen Fall von Lichen der Mundschleimhaut veröffentlicht, wo die Effloreszenzen eine mit blofsem Auge deutlich sichtbare Depression zeigten, ähnlich der Dellung der Hautpapeln. Ich konnte diese Erscheinung bei dem aus der Wange exzidierten Element mikroskopisch nachweisen; die Dellung entsprach einer Hypertrophie der Hornschicht, welche sich trichterförmig in die Malpighische Schicht einsenkte; gegen die Mitte der Tafel waren die Hornlamellen konzentrisch angeordnet, so dafs sie eine Perle bildeten. Die in den zentralen Teilen ausgesprochenere Desquamation war vielleicht die Hauptursache der Dellung (Crocker, Robinson); man kann jedoch nicht ausschliefsen, dafs zu dieser letzteren die Senkung, oder, besser gesagt, die Erschlaffung des Epithels in toto beigetragen habe, da der durch weite Lücken gelockerte Papillarkörper dem Epithel keine feste Stütze mehr bieten konnte (Joseph).

Ich habe es für angezeigt gehalten, diese kurzen histologischen Notizen über den Lichen der Schleimhäute zu veröffentlichen, weil die Histologie desselben wenig bekannt ist, aber untersucht zu werden verdient, weil sie dazu dienen kann, die objektiven klinischen Charaktere solcher Effloreszenzen zu erklären und die pathologisch-anatomischen Charaktere festzustellen.

Von der Untersuchung dieser Präparate ausgehend, werde ich einige Betrachtungen über die pathologische Anatomie des Lichen im allgemeinen anstellen.

* * *

Aus dem Material, welches mir die bereits besprochenen Biopsien der Mundschleimhaut des ersten Patienten geliefert hatten, standen mir zwei weitere, von dem zweiten Patienten (B. Virginio) durch Exzision gewonnene Stücke zur Verfügung, und zwar eine hanfsamengroſse Papel des Penisrückens und eine rundliche, etwas pigmentierte Plaque von etwa 15 mm Durchmesser des linken Vorderarms. Ich konnte auſserdem noch zahlreiche, zur Sammlung des Herrn Prof. Mibelli gehörende Präparate von Lichen planus der Haut untersuchen.

Die Veränderungen der Epidermis bei Lichen sind schon so erschöpfend beschrieben und besprochen worden, daſs ich mich nicht dabei aufzuhalten brauche. Auch ich konnte während der Entwicklung der Papel des Lichens beobachten, daſs zuerst eine starke Zunahme der Malpighischen Schicht stattfand, bedingt durch das interstitielle und parenchymatöse Ödem, und in geringerem Grade durch die Zellenwucherung, und daſs dann, während sich die Infiltration des Dermas entwickelt, die epidermischen interpapillaren Zapfen allmählich verschwinden, bis eine Nivellierung der Grenze zwischen dem Derma und dem Epithel erreicht ist. Die durch das unterliegende Dermainfiltrat stark gespannte Epidermis wird immer dünner und ist zuletzt oft auf drei bis vier Zellenreihen reduziert; die unteren epidermischen Elemente entarten oft und werden von einer Nekrose heimgesucht.

Interessant und charakteristisch für den Lichen ist die Bildung von mikroskopischen Bläschen zwischen der Keimschicht der Epidermis und dem unterliegenden Derma, bedingt durch die ausgiebige seröse Exsudation, welche die zwei Schichten auseinanderdrängt (Lymphseen von Unna). Diese Erscheinung findet oft in den frühesten Stadien des Prozesses statt. Ich konnte sie auch in den Effloreszenzen der Schleimhäute beobachten.

Diese und andere Einzelheiten sind bereits von vielen Autoren beschrieben worden, und ich werde mich nicht eingehend damit befassen, weil sie schon genau festgestellt und richtig gedeutet worden sind.

Die Veränderungen, welche inzwischen im Derma eintreten, verdienen eine aufmerksame Betrachtung, weil sie grundlegend und primär sind, während die Veränderungen der Epidermis sekundärer Natur sind.

In einer vollständig entwickelten Papel finden wir eine mehr oder minder reiche Zelleninfiltration, welche, indem sie sich an bestimmten Stellen lokalisiert, dem pathologisch-anatomischen Prozeſs des Lichens einen eigenen Charakter verleiht. Am meisten befallen sind immer die dem Epithel unmittelbar naheliegenden Dermaschichten, d. h. das Stratum papillare und oft die Bindegewebsscheide der Talgdrüsen und der Haarbälge.

Die Papillen — ich beziehe mich bei diesen allgemeinen Betrachtungen stets auf den gewöhnlichen histologischen Befund bei Hauteffloreszenzen in

vorgeschrittener Entwicklung — sind von einer Infiltration befallen, welche größtenteils aus Zellen bindegewebiger Natur besteht. Die Zelle hat im ganzen eine rundliche, kugelige, zuweilen spindelartige Form; ihre Umrisse sind oft nicht sehr deutlich. Das Protoplasma ist leicht körnig und enthält bei alten Effloreszenzen melanotisches Pigment. Der Kern ist hell, ziemlich groß und enthält ein bis zwei Nukleoli; seine Form ist verschieden, bald rund, oval oder sanduhrartig, bald hufeisenartig gekrümmt. Diese Kerne zeigen oft tiefe Einkerbungen und Einschnürungen, welche einen Anschein von direkter Teilung vortäuschen können.

Ein weiterer konstanter histologischer Befund des Lichens ist die kleinzellige Infiltration rings um die Blutgefäße des subpapillaren Netzes und teilweise um diejenigen, welche in der Cutis propria verlaufen und mit dem tiefen Gefäßnetz kommunizieren. Hier haben die Elemente vorwiegend einen lymphocytären Charakter. Das fascikuläre Bindegewebe der oberen Dermaschichten ist reicher als gewöhnlich an Zellen.

Ich glaube deshalb, daß das Infiltrat beim Lichen aus bindegewebigen Zellen und aus einkernigen leukocytären Formen, im weitesten Sinne genommen, besteht.

Hinsichtlich der Beschreibung und besonders der Deutung dieser Infiltrationszellen sind die Meinungen der Autoren sehr verschieden.

Unna schreibt ihnen in seiner „Histopathologie der Hautkrankheiten" eine größtenteils bindegewebige Natur zu; Lukasievicz und Engman behaupten, daß neben wuchernden fixen Bindegewebszellen auch leukocytäre Formen vorhanden sind. Joseph, v. Poor, Dubreuilh, Gilchrist reden von aus den Gefäßen herausgetretenen einkernigen Leukocyten. Ehrmann und Pinkus glauben, daß das Infiltrat auch polynukleäre Leukocyten enthält, und nach Pinkus sind es diese Elemente, welche in die Epidermis einwandern, eine Behauptung, welche ohne Zweifel nicht den Tatsachen entspricht, wenigstens bei den Effloreszenzen, welche nicht sekundär eine Irritation erfahren haben. Nur ausnahmsweise findet man einzelne Leukocyten mit polymorphem Kern.

Ebenso verschieden sind auch die Meinungen über den anatomischen Ausgangspunkt des Prozesses. Nach einigen Autoren bestehen die ersten Veränderungen in einer Erweiterung der Gefäße und einer perivaskulären Infiltration der subpapillaren Schicht. Andere Autoren suchen den Ausgangspunkt des Prozesses tiefer im Derma (Joseph); noch andere behaupten, daß die ersten Erscheinungen in den Papillen zu finden sind.

Jedenfalls sind manche Autoren bei der Feststellung des anatomischen Sitzes der initiellen Alterationen von dem Standpunkt ausgegangen, daß das Infiltrat aus Leukocyten, die aus den Blutgefäßen ausgewandert sind, besteht, wodurch natürlich ihr Augenmerk auf die Blutgefäße und ihre unmittelbare Nachbarschaft gelenkt wurde.

Nach meinen Untersuchungen über diese Streitfrage sind die oben beschriebenen Zellen mit hellem Kern, welche sich vorwiegend in den Dermapapillen finden, junge Bindegewebszellen, wie UNNA annimmt. Ihre Natur tritt vielleicht im Beginn des Prozesses deutlicher hervor, wenn die Zellenwucherung keine übermäſsige und das Bindegewebe der Papille noch erhalten ist: zu dieser Zeit haben diese Zellen deutlich das spindelförmige Aussehen von Fibroblasten. Später, wenn die Wucherung intensiver wird, werden diese Charaktere undeutlicher und verschwinden, und die Elemente behalten zwar ihre nukleären Charaktere, nehmen aber allmählich die verschiedensten Formen an.

Dies darf uns übrigens nicht überraschen, wenn wir einerseits an die rasche Anhäufung von Elementen denken und andererseits die reaktiven Veränderungen kennen, welche das fixe Bindegewebselement während des entzündlichen Prozesses aufweist. Die Vermehrung beginnt sehr früh, ist sehr rasch, sozusagen stürmisch und erfolgt zuweilen durch amitotische Teilung. Es bilden sich Zellen, welche zwei bis drei und mehr Kerne enthalten. Ich will hier nicht die Frage berühren, ob diese pathologische Vermehrung die Bildung von organisationsfähigen Elementen bewirkt, oder als ein Zeichen von einer cellularen Entartung (KIENER und DUDERT) zu deuten ist; sicher jedenfalls ist, daſs diese Wucherung tatsächlich stattfindet.

Das Infiltrat beim Lichen besteht auſserdem aus Elementen, welche den einkernigen Leukocyten des zirkulierenden Blutes ähneln. Diese Zellen, deren Aussehen zwischen demjenigen des Lymphocyts und demjenigen der groſsen einkernigen Leukocyten schwankt, befinden sich in den Papillen zwischen den wuchernden Bindegewebszellen. Sie besitzen amöboide Eigenschaften und wandern, den erweiterten intercellularen Lymphspalten folgend, in die unteren Schichten der Epidermis, ein Befund, welcher übereinstimmend fast von allen Autoren erwähnt wird.

Sie sammeln sich jedoch besonders dicht in der Umgebung der Blutgefäſse des subpapillaren Netzes und in derjenigen der mit dem tiefen Netze kommunizierenden Gefäſse dicht an, wobei sie diese Gefäſse muffartig umschlieſsen und Stränge von dichter perivaskulärer Infiltration bilden. An diesen Stellen haben diese Zellen einen lymphoiden Charakter. Man findet keine Plasmazellen oder doch nur selten. Mastzellen sind selten und inkonstant.

Wie muſs man diese Elemente deutlich leukocytären Aussehens deuten? Ich glaube, daſs sie, wenigstens zum gröſsten Teil, von präexistierenden Zellen des perivaskulären Gewebes herstammen, also, alles in allem, histiogener Natur sind.

Von der Annahme, daſs diese Elemente aus den Gefäſsen auswandern, kann man endgültig Abstand nehmen. Es scheint mir in der Tat hinlänglich bewiesen, daſs im Bindegewebe, und besonders im peri-

vaskulären Bindegewebe, Zellen vorhanden sind, welche imstande sind, unter dem Einfluſs des phlogogenen Reizes den Leukocyten des Blutes ähnliche Formen zu bilden. MARCHAND nennt diese Zellen extravaskulärer Bildung „Leukocytoiden", um sie von den echten Leukocyten, den aus den Gefäſsen ausgewanderten „leukocytären Zellen", zu unterscheiden. Experimentelle Untersuchungen, welche ich seit mehr als einem Jahre über die Zellenformen der aseptischen Entzündung des Bindegewebes fortführe, bestätigen vollständig diese Anschauungen. Allerdings darf man diese Anschauungen nicht verallgemeinern; die echte Bindegewebszelle behält ihre Spezifität auch bei der entzündlichen Wucherung bei. Die Eigenschaft, leukocytoide Zellen zu bilden, kommt nur einigen Elementen des Gewebes zu, welche vielleicht eine entfernte ontogenetische Verwandtschaft mit den Leukocyten des zirkulierenden Blutes haben.

Um zu einem richtigen Verständnis des pathologisch-anatomischen Prozesses des Lichens zu gelangen, müssen wir noch einige histologische Eigenschaften ins Auge fassen. Die Zelleninfiltration lokalisiert sich direkt unter der Epidermis in der Papillenschicht, oder, wenn es sich um eine Schleimhaut handelt, in der Tunica propria. Es ist beachtenswert, daſs in der Umgebung der epidermischen Adnexe (Talgdrüsen, Haarbälge) sich oft dieselbe Zelleninfiltration bildet, wie man sie unter dem Bekleidungsepithel beobachtet. Abgesehen von der beschriebenen perivaskulären Infiltration, zeigt das umgebende Derma nur eine mittelmäſsige Zunahme der fixen Bindegewebszellen: nur selten findet man Elemente mit zwei Kernen.

Die Erklärung dieser Tatsache ist einfach und stützt sich auf unsere Kenntnis über die Anatomie der Haut. Der Papillarkörper, oder, in weiterem Sinne, die oberflächlichen Teile des Derma, auf welche sich das Epithel aufpflanzt, sind, da sie die Ernährung dieses letzteren besorgen müssen, reichlich mit Blutgefäſsen versehen; und auch das Bindegewebe zeigt einen gröſseren Reichtum an Zellen als in den tieferen Schichten des Coriums (Gefäſshaut, Parenchymhaut von KROMAYER).

Nun ist es klar, daſs der entzündungerregende Reiz, auch wenn er gleichmäſsig verteilt ist, je nach den verschiedenen Stellen objektiv verschiedene Effekte hervorruft, es ist daher einleuchtend, daſs der Papillarkörper intensiver darauf reagiert als das unterliegende Derma.

Die qualitative Verteilung der Elemente des Infiltrates regt zu weiteren Betrachtungen an.

In dieser Hinsicht erinnere ich an die Studien von RIBBERT über die Genese der kleinzelligen Infiltration. Nach diesem Autor bildet sich letztere durch eine Vergröſserung von im Gewebe präexistierenden kleinsten Herden von lymphoidem Gewebe, welche, nach RIBBERT, aus den wenigen perivaskulären Lymphocyten bestehen, welche tatsächlich in einer voll-

ständig gesunden Haut vorhanden sind, wie übrigens RABL und in neuerer Zeit GEBBERT bestätigt haben. Diese Lymphocyten würden also die Quelle und der Ausgangspunkt der perivaskulären Infiltration sein.

Die RIBBERTsche Theorie (welche vor derjenigen von MARCHAND aufgestellt wurde und mit derselben, abgesehen von einigen kleinen Abweichungen, eine gemeinschaftliche Grundlage hat) ist in dermatologischer Beziehung nicht ausgearbeitet und spezifiziert worden. Und doch würde es höchst interessant sein zu wissen, ob diese lymphocytären Herde gleichmäfsig in der ganzen cutanen Hautdecke verteilt sind oder mit Vorliebe in gewissen Gegenden auftreten, und in letzterem Falle, in welchen Hautschichten und in der Umgebung von welchen Gefäfsen sie zu finden sind.

Kehren wir nun zu unserem besonderen Fall des Lichen zurück. Wir haben gesehen, dafs das Infiltrat der Papillen aus gewucherten Bindegewebszellen besteht, während die lymphoiden Elemente spärlich sind oder fehlen; dagegen ist die Infiltration in der Umgebung der Gefäfse des subpapillaren Netzes vorwiegend kleinzellig. Wenn wir nun annehmen, dafs der Lymphocyt, ebenso wie die Bindegewebszelle, in loco durch eine autochthone Wucherung histogener Elemente gebildet wird, so können wir auf Grund des Gesagten annehmen, dafs der deutliche Unterschied, welchen wir zwischen dem Infiltrat des Papillarkörpers und dem perivaskulären Infiltrat des retikulären Dermas finden (Bindegewebszellen dort, lymphocytoide Zellen hier), auf die verschiedenen anatomischen Verhältnisse der zwei Teile zurückzuführen ist, in welchen sich der Prozefs abspielt.

* * *

Wenn wir nun das Gesagte kurz zusammenfassen wollen, können wir den pathologisch-anatomischen Prozefs des Lichen planus in folgender Weise deuten. Es handelt sich um einen chronischen entzündlichen Prozefs der oberflächlichen Schichten der Haut, mit ausgesprochenem und ausschliefslich proliferativem Charakter. Diese Wucherung erfolgt überall, sowohl zwischen den Bindegewebsbündelchen wie in der subpapillaren Schicht und in dem oberflächlichen retikulären Derma, und von dieser Wucherung stammen die in ihrer Morphologie und in ihrer Bedeutung verschiedenen Elemente her, aus welchen das Infiltrat zusammengesetzt ist. Die Blutgefäfse sind an dem Prozefs aktiv beteiligt, wie aus ihrer beträchtlichen Erweiterung hervorgeht. Diese Veränderungen der Gefäfse treten sehr frühzeitig auf und sind, nach meinen Befunden, vielleicht die ersten, welche auf der Bildfläche erscheinen. Dagegen ist der Beitrag an hämatogenen Elementen im Infiltrat jedenfalls äufserst gering.

Mir schien es, als ob die ersten wahrnehmbaren Veränderungen nicht in der subpapillaren Schicht, sondern in den Papillen stattfänden: dies hat jedoch eine sehr geringe Bedeutung, wenn man den homogenen und

gleichmäſsigen Charakter des Prozesses in allen seinen Teilen gut begriffen hat und richtig ins Auge faſst. Diesen Charakter kann man als wesentlich neoplastisch bezeichnen, um auch in histologischer Beziehung dieselbe Bezeichnung anzuwenden, welche sich in klinischer Hinsicht ausgezeichnet dazu eignet, das klinische Aussehen der Lichenpapel wiederzugeben.

Bei der Beurteilung der Pathogenese des Prozesses muſs man seine anatomischen Sonderheiten im Auge behalten.

Die Pathogenese des Lichens ist noch sehr dunkel. Von der parasitären Theorie hat man Abstand genommen; ebenso hat man, wenigstens für die gewöhnlichen Fälle von Lichen planus mit habituell gutartigem Verlauf, eine Beziehung dieser Dermatose zu Störungen der allgemeinen Ernährung in Abrede gestellt. Dagegen hat die nervöse Theorie, welche sich auf wichtige klinische Ergebnisse stützt, mehr Anhänger gefunden. Das nervöse Temperament der Patienten, welches sich bis zu wahren neuropathischen Zuständen steigern kann, das Auftreten der Eruption nach einer durch psychische oder materielle Traumen bedingten starken Erregung des Nervensystems sind für die Beurteilung der Pathogenese schwerwiegend. Was aber klinisch besonders auf eine notwendige, wenn auch indirekte Mitwirkung des Nervensystems hindeutet, ist die Beobachtung, daſs in gewissen Fällen das Exanthem längs des Verlaufes von Nerven verteilt, oder einseitig ist, oder eine deutliche Symmetrie aufweist. In gleicher Richtung muſs man das Auftreten von Licheneffloreszenzen an Stellen deuten, welche verletzt oder durch Traumen gereizt worden sind, ein Umstand, welcher früher zur Begründung der mikrobischen Lehre angeführt wurde. Ohne Zweifel besteht in den Lichenkranken eine abnorme Reizbarkeit des Hautorgans, wie immer man dieselbe auch auffassen möge.

Ich bin weit entfernt davon, behaupten zu wollen, daſs durch diesen bescheidenen Beitrag zur pathologischen Anatomie des Lichen planus die Pathogenese dieser Krankheit völlig klargestellt sei. Man wird mir jedoch zugeben, daſs eine genaue anatomische Beschreibung der Dermatose nicht nur vom rein wissenschaftlichen Gesichtspunkt aus wichtig ist, sondern auch dadurch, daſs sie den histopathogenetischen Studien den Weg frei macht. Die Untersuchungen, welche die Pathogenese der Krankheit klarstellen werden, werden vielleicht von diesen sicher festgestellten anatomischen Tatsachen ausgehen müssen, um dann das experimentelle Gebiet zu betreten. Wenn man in Zukunft beweisen wird, daſs eine künstlich hervorgerufene Nervenentzündung das beschriebene pathologisch-anatomische Bild hervorrufen kann, so wird man dadurch die nervöse Theorie der Pathogenese des Lichen planus als bewiesen ansehen können.

## Literatur.

GAUTIER, Du lichen plan buccal. *Thèse de Bordeaux.* 1894. (Ref. *Annal. de Derm.* 1895. Bd. III, S. 1194)

PAGE, Un cas rare de lichen plan. *Ann. de Derm.* 1893. S. 171.

MARX, Beitrag zur Lehre vom Lichen ruber planus der Schleimhäute. Inaug.-Diss., Würzburg 1893. (Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. 17, S. 135.)

STOBWASSER, Über die Lokalisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. XXV, S. 72. (Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900. Bd. 52, S. 310.)

HEUSS, Lichen planus der Urethralschleimhaut. *Monatsschr. f. prakt. Derm.* 1900. Bd. 31, S. 470.

VÖRNER, Dellenbildung bei Lichen planus der Schleimhaut. *Derm Zeitschr.* 1900. Bd. 13, S. 107.

TÖRÖK, Anatomie du Lichen planus. *Journ. d. mal. cut. et syph.* Aug.-Sept. 1889.

UNNA, Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894.

LUKASIEVICZ, Lichen ruber acuminatus und planus an der Haut und Schleimhaut desselben Individuums und über die Identität des Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. 34, S. 163.

JOSEPH, M., Beiträge zur Anatomie des Lichen ruber. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1897. Bd. 38, S. 3.

EHRMAN, Zur vergleichenden Anatomie der lichenoiden und der Lichenformen. *Beitr. z. Derm. u. Syph.* (Festschrift für NEUMANN.) 1900. S. 135.

ENGMANN, Annular lichen planus; the report of a case of the „ringformed papule“ with its Histopathology. *Journ. of cut. dis.* 1901. Bd. 19, S. 208. (Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901. Bd. 33, S. 290.)

PINKUS, Zur Kenntnis des Anfangsstadiums des Lichen ruber planus. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. Bd. 60, S. 163.

RIECKE, „Lichen ruber“ in MRAČEKS Handbuch der Hautkrankheiten. 1904. Bd. II, S. 491.

v. POOR, Zur Anatomie der Schleimhautaffektionen bei Lichen planus (WILSON). *Derm. Zeitschr.* 1905. Bd. 12, S. 645.

DUBREUILH, Histologie du lichen plan des muqueuses. *Ann. de Derm. et de Syph.* Februar 1906.

# Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutanea (Riehl und Paltauf) des Unterschenkels nebst histologischer Untersuchung.

**Vorgestellt in der Kais. Ottomanischen Medizinischen Gesellschaft.**

Von

Dr. MENAHEM HODARA.

Meine Herren! Gestatten Sie mir, Ihnen diesen 22jährigen Patienten, mit Namen Hussein, vorzustellen, der an einer Tuberculosis cutanea verrucosa nach RIEHL und PALTAUF leidet. Der Herd sitzt am vordern untern Teil des Unterschenkels dicht über dem Fuſsgelenk, ist fast rund, hat einen Durchmesser von 2—3 cm und ist durchweg von einer harten, schmutzig grauen Hornmasse bedeckt, die eine groſse Menge 5—7 mm hoher papillomatöser Warzen trägt. Diese Warzen sind stark rissig. Dicht am Rande des Herdes läuft ein roter Saum. Patient ist, wie Sie sehen, sonst sehr kräftig und hat kein weiteres Leiden. Der verruköse Herd begann vor fünf Jahren und hat sich langsam zu seiner jetzigen Gröſse entwickelt.

Nach PALTAUF und RIEHL sitzt die Dermatose in der Regel auf dem Rücken der Hände und der Finger. Am Rand des Herdes finden sich zuweilen kleine Pusteln und Eiter. Der Eiter quillt auf Druck aus den Spalten zwischen den einzelnen papillomatösen Gebilden. In der Mitte des Herdes kommt zuweilen auch Vernarbung vor. In unserm Fall, der sich durch den Sitz auf dem Unterschenkel auszeichnet, besteht die Oberfläche der Neubildung durchweg aus verrukösen und papillomatösen Hornmassen; man sieht nirgends Pusteln, und aus den Rissen entleert sich auch auf Druck kein Eiter.

Der Fall dürfte einiges Interesse verdienen. Die verruköse Hauttuberkulose von RIEHL und PALTAUF wird von einigen Autoren mit dem Lupus verrucosus für identisch gehalten. Es handle sich dabei um eine örtliche Übertragung der Tuberkulose von relativ gutartigem Charakter, die 2—15 Jahre dauern kann, aber verhältnismäſsig leicht zu heilen ist.

## Mikroskopischer Befund.

Von dem Rande dieses Herdes habe ich ein Stückchen ausgeschnitten, und die mikroskopische Untersuchung hat bestätigt, daſs es sich um verruköse Tuberkulose oder um Lupus verrucosus handelt. In der Cutis gewahrt man kleine tuberkulöse Follikel, die im Innern bereits anfangen zu homogenisieren. Sie enthalten epithelioide und Riesenzellen, die von

einer dichten Schicht Unnascher Plasmazellen umgeben sind. Auch sonst finden sich Anhäufungen von Plasmazellen in der Cutis, z. B. rings um die Gefäſswände, um die Haarfollikel, die Schweiſsdrüsen und deren Ausführungsgänge. Das Lumen der Kapillaren und der Gefäſse ist teils erweitert, teils verengert. Die Endothelzellen der Gefäſse sind hypertrophiert, die Perithelialzellen proliferiert und in vielfachen Reihen angeordnet. Ungeheuer proliferiert sind auch die Bindegewebszellen der Cutis und des Papillarkörpers, besonders ihr Spongioplasma, das zu zwei- und mehrfachen Fäden ausgezogen ist (Unnasche Spinnenzellen). Daneben besteht Neubildung der Bindegewebsfasern, deren einzelne Zellen zu zahlreichen parallelen Reihen angeordnet sind. Die Papillen des Papillarkörpers sind ungleichmäſsig verlängert. In der Epidermis ist die Hornschicht ganz ungewöhnlich verdickt und stark hyperkeratotisch. Die Körnerschicht ist ebenfalls verdickt und sehr umfangreich. Stark hypertrophisch und proliferiert ist die Stachelschicht, desgleichen die Epithelleisten, die teilweise stark in die Tiefe der Cutis reichen, wie beim Carcinom. In der Stachelschicht besteht auſserdem parenchymatöses und interzelluläres Ödem mäſsigen Grades; in den Reihen der basalen Stachelzellen kommen einzelne Mitosen vor, auch vereinzelte Leukocyten in Diapedese zwischen den Stachelzellen, aber nirgends Anhäufung von Leukocyten.

Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg

---

## Fibroma pendulum giganteum.

Von

Dr. Ernst Delbanco und Dr. W. Schrader, Frauenarzt,
Hamburg.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Bei der damals 48jährigen Frau konstatierten wir am 18. Dezember 1906: Starker allgemeiner Panniculus adiposus. Genitalbefund bietet nichts Besonderes. Von der Mitte der rechten groſsen Labie ausgehend hängt an einem im Stehen 10 cm langen fingerdicken Stiel ein knolliger, abgeplatteter, harter, an der unteren Fläche (im Stehen an der oberen Fläche) ulcerierter Tumor. Seine Maſse betragen im Umfang 28 cm, im Längsdurchmesser 10 cm, im Dickendurchmesser 6 cm. Der fingerdicke Stiel ist von normaler Haut bekleidet. Oberflächlich schimmern mehrere, einige Varikositäten aufweisende Venen durch. Die den Tumor bekleidende Haut ist dünn, rosa, analog dem Lippenrot.

Nach den Angaben der Patientin hatte der Tumor, dessen Wachstum sie seit sechs Jahren verfolgt hatte, mit einer kleinen Verdickung an der großen Labie begonnen. Die in kleinsten Verhältnissen lebende Frau hatte seit den letzten Jahren ihre Wohnung nicht mehr verlassen; sie hatte sich, um die große Geschwulst zu tragen, ein eigenes Suspensorium gefertigt. In der Meinung, daß es sich um ein sehr „schlimmes Gewächs" handle, welches eine eingreifende Operation erfordere, und um die ganze Wahrheit nicht zu hören, hatte sie ärztliche Hilfe abgelehnt. Nur durch eine List ihres Sohnes gelang es, einen Arzt zu der Frau zu bringen, und nur mit Mühe war es möglich, die Frau von der Ungefährlichkeit ihres Leidens und von der Leichtigkeit der operativen Abtragung zu überzeugen. Am 2. Januar 1907 entfernte SCHRADER den Tumor mit Stiel. Sein Gewicht betrug 1 Pfund. Die photographische Aufnahme erfolgte kurz vor der Operation. — Daß in einer großen Kulturstadt eine solche Misère ohne zwingenden Grund über Jahre getragen wird, dürfte einzig dastehen.



Fig. 1.

Ein pendelndes Fibrom von solcher Größe und solcher Stiellänge dürfte bislang kaum beobachtet worden sein.

Über die Genese dieser Geschwulstform ergibt die mikroskopische Untersuchung keine Auskunft. Stückchen des Tumors wurden unmittelbar nach der Operation in verschiedenen Flüssigkeiten (FLEMMINGsche Lösung, Formalin, Alkohol usw.) fixiert. Die Schnitte wurden nach den verschiedenen Methoden gefärbt. Zusammenfassend sei berichtet: Es handelt sich um ein Fibroma pendulum, nicht um ein Lipoma. Als Lipome werden solche Geschwülste nach der makroskopischen Betrachtung fälschlich oft bezeichnet. FLEMMINGsche Lösung deckt von Fett nichts auf. Zellreichere Lager von Bindegewebe wechseln aber mit zellärmeren, weichere flüssigkeitsreiche mit harten flüssigkeitsarmen ab. Die Gefäße tragen eine auffallend dicke Muscularis. Was aber in die Augen springt, sind die zahlreichen entzündlichen Herde, Ansammlungen von Plasmazellen, zerstreut

über die ganzen Schnitte. Wo das Oberflächenepithel zerstört ist infolge der äufseren, auf den Tumor einwirkenden Schädlichkeiten, liegt oberflächlich ein Schorf, eine Kruste aus Eiterzellen, Blut und Fibrin bestehend, ihr folgt nach der Tiefe ein dichtes, entzündliches Granulationsgewebe. Den Charakter eines Granulationsgewebes im Übergang zum jungen Bindegewebe zeigen ganze subepitheliale Streifen, nach unten begrenzt von horizontal geschichteten, schon älteren Bindegewebspartien. Von der epithelialen Decke, welche im ganzen nur schmächtig ist, ein nur wenig kräftiges Leistensystem aufweist, nur stellenweise in Wucherung begriffen steht, ist nicht immer leicht zu entscheiden, wo sie neugebildet über junge Bindegewebslager sich hinübergeschoben hat.

Die mikroskopische Untersuchung bringt für den Stiel das fesselnde Ergebnis eines enormen Reichtums an glatter Muskulatur. Der Querschnitt zeigt uns ein elastinreiches Bindegewebe, dessen Maschen Bündel von glatter Muskulatur einschliefsen. Durch die Massen glatter elastinumsäumter Muskulatur erklärt sich auch das Zusammenschurren des Stieles nach der Operation. Umsäumt wird das Ganze von einem stark gefalteten, kräftigen, verdickten Epithel: in der Tiefe der Falten eine stärkere Verhornung. Vereinzelte Talgdrüsen. Von entzündlichen Zellansammlungen ist nur hier und da etwas zu sehen. Imponierend hingegen ist die mächtige Muscularis der Gefäfse. Es mufs sich im wesentlichen hier wohl um eine Neubildung und Hypertrophie glatter Muskulatur und elastischen Gewebes handeln, welche die Leistungsfähigkeit des Stieles garantiert. Die histologischen Verhältnisse des Stieles sind einer besonderen Darstellung wert. Die vereinzelten Talgdrüsen und Haarbälge, welche über den ganzen Stiel verteilt sich finden, beweisen, dafs es sich im wesentlichen um ein Ausziehen, eine Dehnung der Haut der grofsen Labie handelt. Die Fältelung, Verdickung, Hyperkeratose des Epithels wären dann aber auch im Sinne einer kompensatorischen Hypertrophie zu deuten.

Über die Genese der Tumorbildung verraten die mikroskopischen Verhältnisse nichts. Überaus naheliegend ist die Annahme, dafs ursprünglich ein kleiner, pendelnder Naevus, ein sog. molluscoider Naevus, schlechtweg Molluscum genannt, vorlag, wie an der äufseren Haut diese Mollusken ja zu den allergewöhnlichsten Erscheinungen gehören. Nach UNNAS vielfach akzeptierter Meinung kommen diese beerenartigen Gebilde dadurch zustande, dafs das elastische Gewebe im Bereich des wesentlichen Bestandteiles der Naevi, der sog. Naevuszellen, schwindet, der Naevus wird in die Höhe geschnürt infolge des elastischen Auftriebes seiner Umgebung. Die Naevuszellen verfallen in dem abgeschnürten Naevus einer Kolliquation. Je nachdem das restierende Bindegewebe zu einer Wucherung neigt, kommt es zu einer fibromatösen Umwandlung des Molluscum. In solchen Mollusken findet man gewöhnlich noch Reste von Naevuszellen. UNNA vermutete

für unseren Fall noch Reste von Naevuszellen, von welchen aber nichts zu entdecken ist. Das beweist natürlich nichts gegen eine Genese im UNNAschen Sinne. Die Lappung des Tumors spricht wiederum für einen ursprünglichen Naevus. Wie wächst aber, wenn UNNAs Deutung für unseren Fall zutrifft, der Tumor zu einer solchen Mächtigkeit heran? Handelt es sich um ein fibromatös umgewandeltes Molluscum, dessen dauernde Neubildung von Bindegewebe ausschliefslich auf eine entzündliche Reizung, die ja hier durch die äufseren Schädlichkeiten gegeben war, zurückzuführen ist?

Dafs die gewöhnlichen Mollusken der äufseren Haut, welche allerdings selten einer so starken Reizung wie in unserem Falle ausgesetzt sind, eine gröfsere Wachstumstendenz haben, ist uns nicht bekannt. Gröfsere gestielte Tumoren an der Vulva sind oft genug beschrieben worden. Gewöhnlich wurden sie — wie schon erwähnt — als Lipome bezeichnet. UNNA erkennt übrigens eine lipomatöse Umwandlung der Mollusken an. — Differentialdiagnostisch kommt für uns eine Lappenelephantiasis nicht in Betracht.

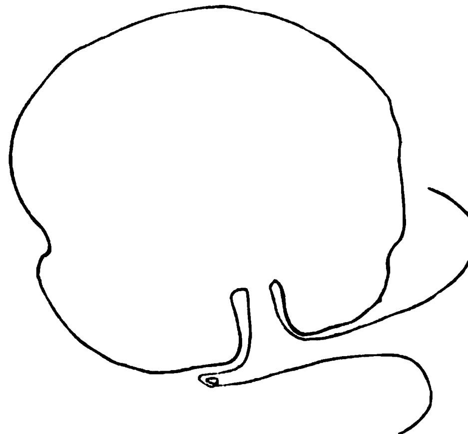


Fig. 2.

Dafs bei unserer Patientin ursprünglich ein einfaches circumskriptes Fibrom der grofsen Labie vorlag, ist weniger wahrscheinlich, weil sich abschnürende Fibrome der äufseren Haut nicht bekannt sind. Sollte solches vorkommen, so käme für die Stielbildung vielleicht ein Modus zur Erwägung, wie ihn LEOPOLD in einer weit zurückliegenden Arbeit (*Arch. f. Gynäkol.* 1874) für die Bildung der dünnen Stiele von soliden Eierstocksgeschwülsten annimmt. Beifolgendes der LEOPOLDschen Arbeit entstammendes Schema zeigt, wie durch den Druck der seitlichen Partien des wachsenden Tumors auf die Unterlage — in diesem Falle des Ligamentum latum — ein Stiel entwickelt wird. Mutandis mutatis auf die äufsere Haut übertragen — dürfte, ob ursprünglichein knopfförmiger Naevus, ob ein die Epitheldecke vortreibendes Fibrom vorlag, die Vorstellung gehört werden, dafs der Tiefendruck der sich vergröfsernden seitlichen Partien des Tumors einen kleinen Bezirk der Epitheldecke mitsamt der subepithelialen Bindegewebsschicht als Stiel heraushebt. Hat dann der Tumor erst eine gewisse Gröfse erreicht, so wirkt er, bei der äufseren Haut durch keinerlei Widerstand in der Umgebung gehemmt, durch sein Gewicht und bedingt entsprechend der Verlängerung eine Dickenzunahme des Stieles.

---

# Versammlungen.

## Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 9. März 1909.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Arndt demonstriert einen jungen Mann mit **Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées,** einer der Formen von Brocqs Parapsoriasis.

2. Dreyer demonstriert einen syphilitischen Mann, dessen **ulceröses Exanthem** durch acht Tage lange **Arsenbehandlung** (Einspritzungen bis 8 mg nach Rosenthals Vorschrift) fast verschwunden ist.

Diskussion: Fr. Lesser fragt nach der Einwirkung auf die Wassermannsche Reaktion. Diese ist bisher nicht kontrolliert worden.

3. Heller spricht über die **Urethroskopie der hinteren Harnröhre** mit dem Goldschmidtschen Spülurethroskop.

Diskussion: Rothschild demonstriert eine Modifikation des Instrumentes, welche alle Arten elektrischer Lichtquellen an einem Tubus zu benutzen gestattet. Goldschmidt verspricht seine neuesten Verbesserungen zu demonstrieren.

4. Baum demonstriert bei einem Mann am Anus und bei einer Frau an der Brust **Atrophie mit schlaffer Erhabenheit** nach luetischen Effloreszenzen, wie er sie früher nach Lichen planus gezeigt hat. Das elastische Gewebe ist rarefiziert und die schlaffe, widerstandslose atrophische Haut wird über die Hautoberfläche emporgedrückt.

5. Chajes demonstriert einen Mann mit der **Dermatitis** der **Galvaniseure,** in welcher die tiefen umschriebenen, mit charakteristischen Narben abheilenden Ätzwunden vorhanden waren, die als Rossignol, Stieglitz und mit ähnlichen Namen von den Arbeitern in den verschiedenen Ländern bezeichnet werden. Heilung unter Borvaselin und Zinkpasta.

Diskussion: W. Friedländer empfiehlt ein- bis zweimalige schwache Röntgenbestrahlung für Gewerbeekzeme.

6. Chajes demonstriert einen Fall von **Erythromelalgie** bei einem jungen Mädchen.

Diskussion: Heller, Arndt, Rosenthal sind mit dieser Diagnose nicht einverstanden. Arndt hält es eher für eine lokale Cyanose und verlangt das Experiment der Kälteapplikation, die bei Erythromelalgie Linderung, bei Raynaudschen Symptomen Verschlimmerung sehen lassen müßte.

7. Baum demonstriert Kulturen von **Trichophyton violaceum,** die er aus einer Kopferkrankung Berliner Kinder gezüchtet hat.

8. Pinkus spricht über eine sehr verbreitet vorkommende Spindelbildung am Kopfhaar, die er mit dem Namen **Bajonetthaare** belegt.

---

## Proceedings of the Royal Society of medicine.

Dermatologische Sektion.

Band II, Nr. 3.

Sitzung vom 17. Dezember 1908.

**Ein weiterer Beitrag zum Studium der Flora der Endothrix Trichophyta in London mit Erläuterungen an einer Sammlung von Kulturen und Photogrammen,** von T. Colcott Fox. Als aufsichtführender Arzt der von der Londoner

Stadtverwaltung im Jahre 1901 eingerichteten Isolationsschulen für Kinder mit Trichophytie hat Redner ausgiebige Beobachtungsgelegenheiten gehabt und hat im Laufe der Jahre 639 Fälle von Trichophytosis der Endothrixart gesammelt, unter diesen zwei Fälle, bei denen auch die Nägel affiziert wurden. Nach einigen Bemerkungen über die Symptomatologie und die mikroskopischen Befunde berichtet C. eingehend über seine Züchtungsversuche. Als Nährmittel verwendete er teils die SABOURAUDsche Maltose, teils eine in London hergestellte Maltose, welche jedenfalls nur ganz unbedeutend von dem Originalpräparate abweicht. Im allgemeinen war zu konstatieren, dafs diese Trichophyten in London die gleichen Verhältnisse aufweisen wie in Paris. Es sind im wesentlichen vier Gruppen zu unterscheiden: die weifse oder cremefarbige kraterförmige Kultur (SABOURAUDS Trichophyton crateriforme); die primelfarbige kraterförmige; eine graugelbliche Form, welche dem T. acuminatum S. entspricht, und das T. violaceum, welches sich von den drei ersten Formen, die sich namentlich durch die Neigung zur Kraterbildung charakterisieren, speziell unterscheidet. Die mitgegebenen Abbildungen veranschaulichen aufs deutlichste die verschiedenen Eigentümlichkeiten.

**Ein Fall zum diagnostizieren,** von H. RADCLIFFE CROCKER.

**Zwei Fälle von „neurotischen Exkoriationen“,** von H. G. ADAMSON. Diese beiden Fälle sowie eine dritte, welche A. im Bilde vorstellt, betrafen Mädchen im Alter von 13, 15 und 28 Jahren. Zweifellos waren die Läsionen künstlich hervorgerufen, doch dürfte eine besondere Vulnerabilität der Haut mit im Spiele sein.

**Ein Fall von Morphoea,** von J. L. BUNCH. War im Anschlufs an einen Sturz bei dem fünfjährigen Mädchen entstanden.

**Ein Fall von Lichen planus mit toxischen Erscheinungen nach Soamininjektionen,** von W. FOX. Bei einer 37jährigen Frau wurden intramuskuläre Injektionen von Soamin (4—6 ccm einer 10 % wässerigen Lösung) mit gutem Erfolg (Beseitigung des Juckreizes, Verschwinden der Läsionen) dreimal wöchentlich gegeben. Nach Verbrauch von 70 g traten plötzlich Vergiftungserscheinungen in Form von Pulsfrequenz, Atemnot, lanzinierenden Schmerzen und entoptischen Erscheinungen hervor. Die Störungen vergingen im Laufe von drei Wochen.

**Ein Fall von Syphilis secondaire tardive (FOURNIER),** von D. FRESHWATER. Die Infektion lag 25 Jahre zurück, und nach zweijähriger intensiver Behandlung waren 19 Jahre lang keinerlei Läsionen hervorgetreten. Seit nunmehr vier Jahren besteht ein ausgedehnter Hautausschlag mehr oder weniger an der ganzen Oberfläche.

**Fall von Ulcus rodens des linken unteren Augenlides,** von E. G. G. LITTLE. Der Tumor wurde mit Röntgenstrahlen erfolgreich behandelt, rezidivierte aber nach etwa zwei Jahren.

**Favus der Kopfhaut und der unbehaarten Haut,** von E. G. G. LITTLE. Patientin, eine englische Dame, hatte die Affektion in Rufsland akquiriert. Sie ist 15 Jahre lang ohne definitiven Erfolg behandelt worden.

**Fall von Xanthoma planum,** von E. G. G. LITTLE. Betraf eine kachektische Frau mit Lebercirrhose.

**Fall von Pseudopelade (BROCQ) oder Narbenalopecie mit vorwiegender Beteiligung des Scheitels der Kopfhaut,** von J. M. H. MACLEOD. Die Affektion hat sich bei dem 34jährigen Manne vor drei Jahren zuerst gezeigt. Bakteriologische Untersuchungen fielen negativ aus.

**Fall von sekundärer Syphilis mit einigen ungewöhnlichen Formen des Ausschlags,** von A. WHITFIELD. Aufser dem ungewöhnlich scharf ausgeprägten miliaren follikulären Syphilid zeigte der Patient eine ganz ungewöhnliche infiltrative Blepharitis an beiden Augen.

Klinische Sektion.
Januar 1909.

**Fernerer Bericht über multiple Hauttumoren zweifelhafter Art,** von H. A. Lediard. Bei diesem inzwischen verstorbenen Patienten ist Redner von der ursprünglichen Diagnose Sarcomatosis cutis zurückgekommen. Die weitere klinische Beobachtung und die allerdings nicht ganz vollständige Autopsie gestatten nur eine etwas unbestimmte Diagnose auf degenerative Veränderungen toxischer Art in der Haut sowie in der Leber und den Nieren zu. (Abbildungen.)

**Zwei Fälle von kongenitalem Ödem bei Geschwistern,** von G. A. Sutherland.

**Sogenanntes Trophödem der linken unteren Extremität,** von F. Parkes Weber. (Ill.) Betraf ein 23jähriges Mädchen und besteht seit dem vierten Lebensjahr mehr oder minder. Lymphangioplastik, Fibrolysin und Massage haben bisher wenig genützt.

**Persistierendes hereditäres Ödem des einen Beines,** von H. S. French. (Abbildung.) Dem vorigen Falle analog.

**Universelles (toxisches) Ödem ohne Albuminurie,** von W. P. Herringham. Nach einer Durchnässung erkrankte ein sechsjähriger Knabe mit ziemlich ernsten Allgemeinerscheinungen und diffusem Ödem. Letzteres verging erst nach Verabreichung einer vollständig NaCl-freien Kost.

**Rezidivierende Schwellung der linken Hand,** von E. J. Spriggs. (Abbildung.) Ein 18jähriges Mädchen zeigt unter dem Einfluſs von kaltem Wetter ein Anschwellen und blaurosafarbene Verfärbung der Hand; die verschiedenen dagegen gebrauchten Mittel (elektrische Bäder, Massage, Salicyl, Thyrecidextrakt, Trinitrin) waren wenig wirksam.

**Abnormes Ödem,** von J. R. Bradford. Klinischer Bericht über ein 24jähriges Mädchen.

**Abnormes Ödem,** von F. E. Batten. Hartnäckiger ödematöser Zustand bei einem neunjährigen Knaben mit normalem Urin und ohne erkennbare Organerkrankung.

**Wechselndes Ödem der unteren Extremitäten. Wandernde Thrombose (?),** von H. D. Rolleston. Klinischer Fall.

**Scheinbare Muskelhypertrophie nach Ödem des linken Beins (Venenthrombose),** von F. P. Weber. Klinischer Fall. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

# Fachzeitschriften.

## Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 94, Heft 1. Januar 1909.

1. **Über das Verhalten der elastischen Fasern der Haut mit spezieller Berücksichtigung des Hautkrebses,** von Eduard Neuber-Budapest. Neubers Untersuchungsmaterial bezieht sich auf 50 Hautkrebse, auf einige Naevi, auf etliche sich organisierende Thromben, auf viele gutartige Neubildungen und auf normale Hautpartien, welche von den verschiedensten Körperteilen stammten und deren Besitzer sehr verschiedene Altersstufen aufwiesen. Bei den Versuchen mit den verschiedenen Tinktionsmethoden ergab die besten Resultate essigsaures Orcein, das nicht nur eine Differentialfärbung der verschiedenen Gewebe ohne Schrumpfung derselben gestattete, sondern auch ältere und jüngere Fasern unterscheiden lieſs. Was die abweichenden

Ergebnisse der verschiedenen Autoren über die Armut des Krebsstromas an elastischen Fasern und dessen Erklärung anlangt, so erklärt er diese aus der Nichtbeachtung des Gehalts des normalen Gewebes der betreffenden Hautpartie an elastischen Fasern, aus dem abweichenden Verhalten verschiedener Krebse und aus dem Gebrauche der sehr zahlreichen und abweichenden Färbemethoden. Er hat überall, wo das präexistierende Gewebe reich an elastischen Fasern war, Reste derselben finden können; selbst Kugelzelleninfiltration verursacht nie deren vollkommene Destruktion. Verfasser hat sich weiter des genaueren mit der Art und Weise der Einbettung der elastischen Fasern in die Krebsnester und Krebspfropfen befaſst und Untersuchungen über die Regeneration derselben angestellt, die in schnell wuchernden Tumoren sehr langsam ist, während sie in langsam wachsenden Neubildungen sehr früh erfolgt.

2. **Beitrag zur Kenntnis des Sklerödems der Erwachsenen**, von Rissom-Berlin. Zu den bisher bekannten drei Fällen von Sklerödem der Erwachsenen (Buschke und Pinkus) fügt R. einen neuen, der einen 45jährigen Mann betrifft, bei dem im Anschluſs an influenzaartige fieberhafte Allgemeinerscheinungen ziemlich rasch über Hals, Schultern und Thorax ein tiefsitzendes Ödem der Haut sich ausbreitete. Histologisch ergab sich ebensowenig wie in dem Falle von Pinkus eine Erklärung der klinischen Symptome, doch hält es auch R. für wahrscheinlich, daſs es sich um eine Lymphstockung infolge Erkrankung der Hautlymphgefäſse handelt. Fibrolysininjektionen erwiesen sich auch in diesem Falle als wirksam. Die Prognose scheint nach den bisher bekannten Fällen im Gegensatz zur Sklerodermie eine günstige zu sein.

3. **Über Argyrie der Haut**, von Heinrich Kanitz-Klausenburg. Besprechung der verschiedenen Theorien über das Zustandekommen der allgemeinen Argyrie an der Hand eines selbstbeobachteten Falles und eingehende histologische Untersuchungen, aus denen hervorgeht, daſs der ausschlieſsliche Sitz der Silberablagerung das Bindegewebe ist. Das Epithel mit seinen Anhängen ist vollkommen silberfrei. Wenn auch in sämtlichen Schichten des Bindegewebes und sogar in der Subcutis Silber nachweisbar ist, so sind doch in erster Linie die elastischen Fasern und neben ihnen die dem Bindegewebe angehörenden Membranen die Hauptablagerungsstätten für das Silber.

4. **Untersuchungen über die Resorption und Elimination des Quecksilbers bei Einreibungskuren und gleichzeitigen Schwefelthermalbädern**, von R. Schuster-Aachen. Aus längeren Untersuchungsreihen über die quantitative Ausscheidung des Quecksilbers im Harn geht hervor, daſs der Schwefelgehalt des Aachener Thermalwassers die Quecksilberresorption ganz und gar nicht hindert und daſs die Verträglichkeit und wirksame Resorption groſser Dosen bei der „Aachener Kur“ kein Trugschluſs ist. Sicher ist ferner, daſs der Gehalt der Thermen an Kochsalz und Soda die Resorptionsmöglichkeit des Hg durch die Haut erhöht.

5. **Beitrag zur Behandlung der Uterusblennorrhoe**, von Carl Cronquist-Norrköping. In Fällen unkomplizierter Cervikalblennorrhoe hat C. mittels eines besonderen (abgebildeten) Instrumentes Spülungen nach Art der beim Manne gebräuchlichen groſsen Janetschen Spülungen vorgenommen und ist mit der erreichten Abkürzung der Behandlung sehr zufrieden. Obwohl er fast regelmäſsig Reflexreaktionen, bestehend in zusammenziehenden Gefühlen im Hypogastrium, Übelkeit und Erbrechen, die anfänglich oft zur Abkürzung der Spülung zwingen, beobachtet hat, hat er bei der sich schnell erhöhenden Toleranz keine unangenehmen Folgeerscheinungen, nur einmal Adnexerkrankung gesehen.

6. **Über den sogenannten Lupus pernio (Granuloma pernio, Erythema pernio) und seine Beziehungen zur Tuberkulose**, von Karl Zieler-Breslau. Z. hat bei der genauen Untersuchung zweier Fälle von Lupus pernio wohl makroskopisch

Lupusknötchen ähnliche Bilder gesehen, aber histologisch nichts, was für Tuberkulose beweisend gewesen wäre. In beiden Fällen waren subcutane wie cutane Tuberkulinproben negativ, weder lokale noch allgemeine Reaktion; und schliefslich ergaben auch wiederholte Tierimpfungen keinerlei für Tuberkulose positives Resultat. Auch die in der Literatur niedergelegten Fälle von Lupus pernio haben, soweit eine genauere Untersuchung überhaupt auf diese Punkte eingegangen ist, nichts Positives für Tuberkulose ergeben, während die Beschreibung mancher Fälle von Boeckschem Sarkoid und Erythema induratum oft in überraschender Weise den Ausführungen über sog. Lupus pernio gleicht. Er kommt darum zu dem Schlufs, dafs Lupus pernio weder eine Tuberkulose ist noch zur Tuberkulose in irgend welcher Beziehung steht, sondern ein davon absolut zu trennendes, selbständiges, chronisches, wahrscheinlich infektiöses Granulom darstellt. Ebenso sind Fälle der sog. plattenartigen Form des Erythema induratum und des benignen multiplen Sarkoids von Boeck von der Tuberkulose zu trennen und alle drei Affektionen unter der Bezeichnung Granuloma pernio oder Erythema pernio in Beziehung zu bringen.

7. **Über Granulome,** von C. Kreibich - Prag. Drei Fälle von Granuloma teleangiectodes, deren Präparate Küttner mit den von ihm unter diesem Namen beschriebenen Tumoren nicht identifizieren konnte, die aber sonst auf seine Beschreibung passen, und trotz angiomähnlichen Aussehens als Granulome anzusehen waren, besonders im Vergleich mit zwei gleichfalls kurz charakterisierten Granulomen, einem Granuloma simplex und einem Granuloma gigantocellulare. Diese Fälle, sowie ein hämorrhagisches Pigmentsarkom vom Typus Kaposi, aus dessen Untersuchung hervorgeht, dafs die Erkrankung mit einer entzündlichen Reizung beginnt, zu Spindelzellenwucherung und weiterhin zur Produktion jungen Bindegewebes führt, geben K. Anlafs zu einigen interessanten Bemerkungen über die Ätiologie der Granulome.

*W. Lehmann-Stettin.*

---

## Dermatologisches Centralblatt.

Band XII, Heft 4.

1. **Ein ungewöhnlicher Fall von Lichen planus der Mundschleimhaut,** von Max Joseph - Berlin. Akuter Ausbruch typischen isolierten Lichen ruber planus auf der Zunge, der Glans penis und der Wangenschleimhaut bei einem 35jährigen Manne. Nach allmählicher Abheilung unter Fieber Exacerbation auf der Mundschleimhaut, Wangenschleimhaut, Unterlippe, Zungenrücken, Zungenrändern und Zungenspitze, sowie am Penis. Die Knötchen waren morgens nur minimal entwickelt, traten mittags stark hervor und verschwanden abends wieder unter Temperatursteigerung. Unter $^1/_2$ % Lösung von arseniger Säure innerlich und 10 % Teerschüttelmixtur äufserlich auf den Penis erfolgte schnelle Besserung.

2. **Über einen Fall von isoliertem Lichen planus mucosae oris bei einem Luetiker. Mit histologischem Befunde,** von G. Trautmann-München. Bei einem 26jährigen Manne mit gummösen Veränderungen des Siebbeinlabyrinths befinden sich oberhalb des rechten oberen I. Praemolaris dicht nebeneinander zwei überstecknadelkopfgrofse, harte, grauweifse perlenartige Knötchen. An der Wangenschleimhaut, korrespondierend mit den rechten hinteren Molaren, bestand eine fast einpfennigstückgrofse, scharf konturierte, etwas erhabene, weifsliche, perlmutterglänzende Plaque mit mosaikähnlicher Felderung, mit Streifen und Rissen. Bei der histologischen Untersuchung der ganzen Lichenplaque der Wangenschleimhaut fand sich eine mächtige Hyperplasie der Stachelzellen im Rete Malpighi; während die übrigen Schichten des Epithels keine Veränderungen aufwiesen; die Tunica propria mucosae, insbesondere

in den Papillen, zeigte eine äufserst dichte und ausgedehnte kleinzellige Infiltration, welche, hauptsächlich um die Blutgefäfse gruppiert, von diesen auszugehen schien; an einer Stelle fand sich, dem Verlaufe einer Bindegewebsfaser folgend, eine Abhebung des Schleimhautepithels, so dafs hierdurch ein langer, schlangenähnlicher Spalt in die Erscheinung trat. An mehreren Stellen, im Papillarkörper und in der Tunica propria mucosae, fanden sich grofse Lücken, deren Inneres leer war, die aber scharf von der sie dicht umgebenden zelligen Infiltration abgegrenzt waren. Duerck - München hält diese subepithelialen Lücken und die Abhebung für Kunstprodukte.

*Schourp-Danzig.*

Nr. 5.

1. **Thyresol, ein neues Antiblennorrhoicum,** von O. Neuberg-Magdeburg. N. hat den von der Firma Fr. Bayer & Co. unter dem Namen Thyresol in den Handel gebrachten Santalolmethyläther seit beinahe einem Jahre gebraucht und dieselben guten Resultate davon gesehen, die ihm bisher Gonosan und Santyl als Adjuvantia der Blennorrhoebehandlung gegeben, ohne dafs er irgend welche Nebenwirkungen oder Reizerscheinungen an Nieren oder Magen beobachten konnte.

2. **Zwei Fälle von familiärer Psoriasis,** von S. S. Kogon-Jekaterinoslaw. Unter 31 Psoriasisfällen einmal zwei, ein andermal drei Schwestern mit der gleichen Affektion, zu verschiedenen Zeiten beobachtet. Alle diese Patientinnen waren jüdischer Nationalität und lebten unter schlechten sozialen Verhältnissen.

3. **Neueres zur Physiologie der Genitalien, insbesondere der Prostata.** Übersichtsreferat von Goldberg-Cöln-Wildungen. *W. Lehmann-Stettin.*

---

**Dermatologische Zeitschrift.**

1909. Heft 2.

1. **Beiträge zum Studium des sogenannten „Granuloma annulare" (R. Crocker) „Eruption circinée chronique de la main" (Dubreuilh),** von G. B. Dalla Favera-Parma. Bei einem 38jährigen, sonst gesunden Manne trat im Anschlufs an eine entzündliche Erkrankung verschiedener Gelenke ein Purpuraausschlag an den Beinen und gleichzeitig an den Füfsen in der Umgebung der Knöchel und am Rücken der Hände und Finger ein aus bräunlichroten Knoten bestehendes, äufserst chronisch verlaufendes Exanthem auf. An den Füfsen bildeten sich die Knoten im Verlaufe einiger Monate unter Hinterlassung braunroter Flecke zurück, während sie an den intensiver befallenen Händen zunächst unverändert blieben. F. fand hier scheibenförmige, flach-erhabene, scharf abgegrenzte Infiltrationsherde im Corium von der Form und Gröfse einer Mandel, die Oberhaut über den Knoten war leicht parakeratotisch und infolgedessen eigentümlich glänzend, sonst aber unverändert. Die Effloreszenzen verursachten spontan keine Schmerzen, waren aber leicht druckempfindlich und wurden nach Angabe des Patienten bei schlechter, kühler Witterung gröfser und schmerzhaft. Unter einer Arsenikkur gingen die Knoten mit Hinterlassung brauner Pigmentierung langsam zurück. Die histologische Untersuchung einer exzidierten Effloreszenz ergab eine mächtige, vorwiegend in den mittleren Partien der Pars reticularis lokalisierte, nach oben allmählich abnehmende, perivaskulär angeordnete Zellinfiltration im Corium. Jedes kleinere Blutgefäfs war der Mittelpunkt einer herdförmigen, gut abgegrenzten Entzündung, die Infiltrationszellen bildeten längs der Gefäfse förmliche Stränge; die Endothelien der betroffenen Gefäfse waren angeschwollen und in Wucherung begriffen, manche Kapillaren waren dadurch vollständig obliteriert. Ein eigentlicher Nekroseherd konnte nicht nachgewiesen werden, doch fanden sich in der Umgebung der am stärksten veränderten Gefäfse reichlich Chromatinbröckelchen, die auf eine Nekrose der Zellen hinwiesen.

Es handelte sich um einen Fall, der zuerst von Colcott Fox (1895) unter dem Namen „Ringed eruption" beschriebenen, von Radcliffe Crocker (1902) als „Granuloma annulare", von Dubreuilh (1895) als „Eruption circinée chronique de la main", aufserdem als „Lichen annularis" (Galloway 1899), „Neoplasie circinée et nodulaire" (Brocq 1904), „Erythémato-sclerose circinée du dos des mains" (Audry 1904), „Tumores benigni sarcoidei cutis" (Rasch und Gregersen 1903, Galewsky 1908) bezeichneten seltenen Hautaffektion, von der Graham Little unter der Bezeichnung „Granuloma annulare" 49 Fälle zusammengestellt hat (*Brit. Journ. of Derm.* 1908). Der Prozefs ist nach F. einzig von den Blutgefäfsen abhängig; wahrscheinlich sind die Veränderungen des Endothels das Primäre, die perivaskulären Zellablagerungen aber sekundäre Erscheinungen. Die Differenzen, die zwischen den von F. und den von Gr. Little erhobenen histologischen Befunden bestehen, sind wohl dadurch zu erklären, dafs der von F. untersuchte Knoten einem späteren Krankheitsstadium angehörte als die von Gr. Little untersuchten Effloreszenzen. Eine ausgesprochen circinäre Gestaltung der Knoten war in dem beschriebenen Falle nicht vorhanden, auch Rückbildung und Vertiefung im Zentrum der Effloreszenzen, wie sie in anderen Fällen beobachtet worden sind, traten nicht auf; das wird dadurch erklärt, dafs in dem Falle F.s die nekrotischen Vorgänge im Vergleich zu dem ausgedehnten Gewebszerfall bei den von anderen Autoren beschriebenen Fällen verschwindend gering waren.

Die Affektion wurde, namentlich wegen des von einzelnen Autoren hervorgehobenen zentrifugalen Fortschreitens der Effloreszenzen bei zentraler Rückbildung von manchen Forschern irrtümlich mit Lupus erythematodes oder mit Lichen annularis identifiziert. Sie ist aber zweifellos als eine Hautkrankheit sui generis zu betrachten, die anatomisch durch eine chronische Entzündung der mittleren und unteren Schichten des Coriums charakterisiert ist und dem Erythema nodosum nahe zu stehen scheint. Rasch und Gregersen klassifizieren die Affektion unter die Boeckschen sarkoiden Geschwülste und Gr. Little meint, dafs sie gleich diesen zu den Hauttuberkuliden gehört. F. lehnt beide Annahmen, vorerst wenigstens, ab; er erklärt die Affektion für eine hämatogene Erkrankung, wahrscheinlich rheumatischer Natur. Der gebräuchliche Name „Granuloma annulare" ist vom klinischen wie vom anatomischen Standpunkt aus unrichtig; am meisten zu empfehlen ist die von Dubreuilh vorgeschlagene Bezeichnung „Eruption circinée chronique de la main", da sie die klinischen Hauptmerkmale hervorhebt und histologisch nichts präjudiziert.

2. **Über die Berufscarcinome (Schornsteinfeger-, Teer-, Paraffinkrebs) mit drei Fällen von sog. Teerkrebs,** von Ludwig Zweig-Dortmund. Nach einer kurzen Besprechung der wichtigsten bisher erschienenen Arbeiten über Teer- und Paraffincarcinome berichtet Zw. über drei Fälle von Hautkrebs bei Arbeitern, die in Steinkohlenbrikettfabriken beschäftigt waren. Bei dem einen handelte es sich um warzenartige Gebilde im Gesicht, die auf galvanokaustischem Wege anscheinend definitiv beseitigt wurden; im zweiten Falle traten am Skrotum Knoten auf, die exstirpiert wurden und sich als maligne Epitheliome erwiesen. Bei dem letzten Kranken waren im Gesicht, an den Fingern und am Skrotum Carcinomknoten entstanden; während aber die Veränderungen an den Fingern und am Hodensack zur Ausheilung kamen, griffen die Knoten im Gesicht unaufhaltsam weiter, und der 29jährige Mann ging nach verhältnismäfsig kurzer Krankheit an Marasmus zugrunde.

Im Anschlufs an diese Beobachtungen bespricht Zw. die bekannten Mitteilungen Fischers über experimentell durch Injektion von Scharlachöl erzeugte Epithelwucherungen, mit denen die Teer- und Paraffinkrebse in gewisser Beziehung Ähnlichkeit haben. Dafs in der Ätiologie der „Berufscarcinome" die chemischen Agentien (Rufs, Teer, Paraffin) eine Rolle spielen, unterliegt nach Zw. keinem Zweifel. *Götz-München.*

---

**The British Journal of Dermatology.**

Februar 1909.

**Über Eruptionen in der Gesäfsskrotalgegend bei Kindern; mit Bemerkungen über einige neuere Publikationen über diese Affektionen,** von H. G. Adamson-London. Für A. gibt es wenigstens vier verschiedene Arten von Hauteruptionen an der Gesäfsskrotalgegend der Kinder, welche nicht syphilitischer Natur sind und sorgfältigst von den Eruptionen der kongenitalen Syphilis unterschieden werden müssen. Es sind dies 1. die verschiedenen Formen von Jacquets Erythema, welche von einer vasomotorischen Störung, die möglicherweise toxischen gastrointestinalen Ursprungs ist und als bestimmende (letzte) Ursache lokale mechanische Reizung hat, abhängen. Die verschiedenen Phasen dieser Eruption sind a) einfaches Erythema, b) mit Bläschen verbundenes Erythem oder erosive Form, c) papulöse Dermatitis und d) ulcerierende Form. Diese verschiedenen Stadien können nacheinander auftreten oder bei demselben Patienten auch gleichzeitig vorhanden sein. 2. Seborrhoische Dermatitis, welche auf lokaler Bakterieninvasion, wahrscheinlich des Staphylococcus epidermidis albus, beruht und durch lokale antiseptische Mittel, wie tägliches Bad mit Borsäure und Schwefelsalbe, leicht zur Heilung zu bringen ist. Klinisch liegt die Bedeutung dieser Eruption in der Differentialdiagnose von Ekzema und Syphilis (bei welcher oft noch u. a. kupferfarbige Affektionen an Handtellern und Fufssohlen, Fissuren an den Lippen, Ozaena usw. vorhanden sind). Die 3. Hautkrankheit des Kindesalters, die hier in Betracht kommt, ist das Ecthyma vacciniforme und die 4. die Impetigo bullosa. Letztere ist selten auf die Anoskrotalgegend beschränkt, sondern die Blasen oder typischen bernsteingelben Krusten der Impetigo contagiosa sind auch an anderen Körperstellen vorhanden.

**Hautpigmentierung als eine unvollständige Form Recklinghausenscher Krankheit, mit Bemerkungen über die Klassifikation unvollständiger und abnormer Formen Recklinghausenscher Krankheit,** von F. Parkes Weber-London. W. beobachtete eine Patientin, die im Alter von 14 Jahren Pigmentierungen, hauptsächlich am Nacken und Rumpf, in geringerem Grade an den Extremitäten zeigte, ohne dafs eine Spur von Urticaria, Purpura oder irgendeine Art von Erythema oder Zeichen von Leukoderma vorhanden waren, und drei Jahre später eine Anzahl molluscumähnlicher kleiner Tumoren an verschiedenen Stellen der Haut zeigte während inzwischen die Pigmentierung dunkler geworden und neue braune Stellen aufgetreten waren. Die Pigmente waren in drei Formen vorhanden: 1. als diffuse braune Stellen mit undeutlichen Rändern; 2. als braune, kleine, rundliche, wohl begrenzte und 3. als kleine Gruppe ganz dunkler, beinahe schwarzer Flecken, Pigment-Naevi gleichend, aber nicht über der Haut erhaben. Die am frühesten vorhandene Pigmentstelle soll am Nacken im Alter von $1^1/_2$ Jahren bereits aufgetreten sein. Der Patientin allgemeiner Ernährungszustand war ein guter, der Blutbefund ergab nichts Pathologisches. Der Fall ist zu jenen zu rechnen, wo unzweifelhaft bei der Neurofibromatosis oder Recklinghausenschen Krankheit Hautpigmentierung, lange bevor die Neurofibrome der Nervenstämme oder molluskenartige Tumoren der Haut beobachtet werden, gleichsam als Vorläuferstadium auftritt. W. gibt schliefslich ein kurzes Schema über die Einteilung der Recklinghausenschen Krankheit in ihren anormalen und unvollständigen Formen und zwar sind dies: 1. Fälle von plexiformem Neuroma (Elephantiasis nervorum), mit oder ohne Hautpigmentierung, aber ohne multiple molluscumartige Hauttumoren; 2. von multiplen molluskösen Hauttumoren ohne ausgesprochene Neurofibrome der Nervenstämme; 3. Fälle von Hautpigmentierung, ohne dafs letztere oder molluskösе Gebilde bereits vorhanden sind (vorliegender Fall) und 4. besonders ab-

norme Fälle von Neurofibromatosis, kompliziert mit Knochen- (Deformitäten, Wucherungen) oder Haut- (papillomatösen) Veränderungen. Mit einer Abbildung.

*Stern-München.*

---

**Folia urologica.**

Band III, Heft 4. Januar 1909.

1. **Behandlung der Herdeiterungen in Niere und Nierenbecken,** von ALF. POUSSON-Bordeaux. P. unterscheidet Nierenabscesse, Eiteransammlungen im Parenchym der Niere ohne Verbindung mit dem Nierenbecken und den Nierenkelchen; ferner die Pyelitis, die Eiterung im Nierenbecken mit exzentrischer Verdrängung der Niere; und schliefslich die Pyelonephritis, die Niere und Becken umgreift. Mit Ausnahme der Pyelitis, bei der die Nephrotomie oder Nephrostomie meist zur Entleerung des Eitersacks ausreicht, ist stets die primäre Nephrektomie angezeigt.

2. **Über einen Fall spontaner Blasensteinzertrümmerung,** von GINDA KASARNOWSKY-Minsk. Beschreibung eines Falles und Besprechung der verschiedenen Theorien über das Zustandekommen der spontanen Zertrümmerung eines Blasensteines.

3. **Über primäres Carcinom der Harnröhre des Mannes,** von GUIDO BONZANI-Pavia. Kasuistik.

*W. Lehmann-Stettin.*

---

**Annales des maladies des organes génito-urinaires.**

1909. Band I, Heft 1.

1. **Die Harnretention während der Schwangerschaft,** von LÉON POULIOT. Bei graviden Frauen können Harnretentionen durch die gleichen Ursachen herbeigeführt werden wie bei nicht-schwangeren, häufiger aber sind bei ihnen die durch die Schwangerschaft selbst bedingten Harnverhaltungen. Während der ersten beiden Monate der Gravidität sind Retentionen selten; wenn sie auftreten, sind sie durch reflektorischen Spasmus des Sphinkters hervorgerufen. Verhütet wird ihre Wiederkehr durch Bettruhe, warme Vollbäder, warme Injektionen, heifse Umschläge auf das Hypogastrium und Einführung von Scheidentampons, die mit Glycerin, Ichthyol usw. getränkt sind.

Konstant kommt Harnretention vor bei Retroflexio uteri gravidi. Nur in seltenen Fällen, namentlich wenn der Uterus bei Multiparen schon vor Beginn der Schwangerschaft retroflektiert war, oder wenn Gravidität bei prolabiertem Uterus eintritt, oder wenn ein Trauma, z. B. ein Fall auf das Gesäfs zur Rückwärtsknickung des schwangeren Uterus führt, wird die Harnverhaltung durch die Retroflexion verursacht; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist die Retention das Primäre und die Retroflexion des Uterus die Folge der Retention. Ist der Uterus aber einmal retroflektiert, dann wird dadurch die Harnentleerung noch mehr erschwert, weil die nach vorne und oben gedrängte Vaginalportion den Blasenhals zu einem trichterförmigen Kanal umgestaltet und dessen obere Partie wie ein Ventil von aufsen komprimiert und verschliefst. Die Retention kann eine komplette, plötzlich und akut auftretende sein, in anderen Fällen folgt auf eine seit kürzerer oder längerer Zeit bestehende inkomplette Retention bei Inkarzeration des retroflektierten graviden Uterus vollständige akute Harnverhaltung. Wird bei solchen Frauen die Blase nicht alsbald entleert, dann kommt es zu vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft oder zur Ruptur der Blase, unter Umständen selbst zur Gangrän des ganzen Uterus; bei verzögerter Katheterisierung können sich in der überdehnten Blase schwere Schleimhautveränderungen bilden. Häufiger als die ganz akute komplette Retention ist die chronische inkomplette Harnverhaltung, aus der sich mit der Zeit komplette Retention und Ischuria paradoxa entwickeln

kann. — In manchen Fällen von Harnverhaltung bei Retroflexio uteri gravidi entleert sich Urin, wenn gelegentlich der vaginalen Untersuchung ein Druck auf die hintere Scheidenwand ausgeübt wird; eine unanfechtbare Erklärung dieser klinisch wichtigen Erscheinung ist bis jetzt noch nicht möglich. Die Behandlung besteht in regelmäfsiger Entleerung der Blase mit dem Katheter; wenn sich nach einigen Tagen der Uterus nicht spontan aufgerichtet hat, mufs die Reposition manuell vorgenommen und nötigenfalls ein Pessar eingelegt werden.

Bei Harnretention in den letzten Wochen der Schwangerschaft liegt die Blase in Form eines Halbmondes oder besser in Form eines Kahnes plattgedrückt im kleinen Becken, oder sie hat die Form einer Sanduhr, deren oberer Teil über das kleine Becken hinausragt, oder sie ist retortenförmig in die Höhe gezogen, so dafs nur mehr die Urethra und der verlängerte Blasenhals im kleinen Becken liegen. Ungünstiger für die Entbindung ist die Ausdehnung der Blase von vorne nach hinten in der Form, wie sie bei der Retention nicht-schwangerer Frauen vorkommt; es wird dadurch das Eintreten des kindlichen Schädels in das kleine Becken verhindert und die Entstehung von Gesichts- oder Schädellagen verursacht. Doch kann auch die gefüllte sanduhrförmige Blase die Geburt verzögern oder Gesichts- und Schädellagen bewirken.

Auch während der Geburt tritt zuweilen völlige Harnverhaltung ein, die zu einem Geburtshindernis werden kann. Jedenfalls mufs in allen Fällen katheterisiert werden, in denen der Kopf sich nicht einstellt, ohne dafs eine Beckenverengerung, Geschwulstbildung oder dgl. vorliegt. Bei geburtshilflichen Operationen kann eine bestehende Harnverhaltung zu schweren Komplikationen, besonders zu Blasenruptur führen. Die Retentionen, die nach der Geburt des Kindes vor Ausstofsung der Placenta auftreten, verhindern die normale Zusammenziehung des Uterus: infolgedessen löst sich die Nachgeburt nicht, oder sie bleibt gelöst im Uterus liegen oder sie wird ausgestofsen, der Uterus bleibt aber schlaff und es kommt zu einer starken Blutung ex atonia uteri.

Zur Katheterisierung während der Gravidität und während der Geburt sind Metallkatheter für Männer mit schwacher Krümmung und noch mehr elastische Katheter für Männer mit konischem Ende in der Stärke von 18—24 Charrière zu empfehlen. Die Einführung wird erleichtert, wenn der komprimierende Uterus durch einen in der Scheide befindlichen Finger von der Blase leicht weggedrückt wird.

2. **Der Ersatz der Akkumulatoren und Batterien bei der Cystoskopie im Hause des Kranken durch einen neuen, tragbaren, selbständigen Apparat,** von Sigunta-Pavia. S. verwendet als Stromquelle für das Cystoskop, namentlich wenn die Untersuchung im Hause des Kranken vorgenommen werden mufs, eine kleine Elektro-Dynamomaschine, die mit der Hand durch Umdrehung einer Kurbel in Tätigkeit gesetzt wird. Der gut tragbare, leichte Apparat wird von Campostano-Mailand hergestellt. *Götz-München.*

---

**Annales des Maladies vénériennes.**

Band III, Heft 12. Dezember 1908.

1. **Einige Fälle von blennorrhoischer Iritis,** von M. Druelle-Paris. Drei Beobachtungen fraglos metastatischer Iritis; in allen drei Fällen zugleich Gelenkaffektionen. Ausgang in Heilung.

2. **Infusorien in syphilitischen Ulcerationen,** von M. J. Th. Selenew-Charkow. S. hat in fünf Primäraffekten und drei anderen Geschwüren syphilitischer Natur (maligne, hereditäre und Spätsyphilis) eigentümliche, ziemlich grofse, verschieden färbbare Infusorien finden können, die er genau beschreibt und abbildet.

Die etwaige Beziehung, in der sie zur Syphilis stehen, läſst er zunächst in dubio, doch hat er sie nie bei anderen Hautaffektionen in zahlreichen Kontrolluntersuchungen nachweisen können.

3. **Differentialdiagnose zwischen Erscheinungen der Syphilis und solchen merkurieller Intoxikation**, von Emery und Lacapère-Paris. Eine ausführliche Monographie über merkurielle Reizung der verschiedensten Organe und die Unterscheidung von den ähnlichen Symptomen syphilitischer Erkrankung dieser Organe, nebst einigen Bemerkungen über das therapeutische Verhalten.

*W. Lehmann-Stettin.*

---

## Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1909. Nr. 1.

1. **Über die Bedeutung der Wassermannschen Probe für die Syphilidologie**, von Felix Malinowski. Nach kurzer Besprechung des Wesens und der Technik der Wassermannschen Probe schildert Verfasser die diesbezüglichen eigenen Resultate. Im Laufe von 1½ Jahre wurden 209 Proben gemacht, und zwar 124 mit notorisch luetischen, 80 mit nichtluetischen Seren und 5 mit Liquor cerebrospinalis. Unter 124 luetischen wurde in 83 Fällen vollkommene Hemmung, in 22 Fällen unvollkommene Hemmung, in 19 Fällen vollkommene Hämolyse gefunden. Unter 80 Kontrollfällen erhielt Verfasser fünfmal (6%!) vollkommene Hemmung der Hämolyse, und zwar: in zwei Fällen von akutem Tripper und in je einem Falle von Alopecia areata, chronischem Ekzem und Syphilis; auſserdem wurde in drei Fällen (Akne rosacea, akute Blennorrhoe und Balanitis erosiva) eine unvollkommene Hemmung der Hämolyse beobachtet. Auf Grund dieser Ergebnisse kommt Verfasser zum Schluſs, daſs das positive Resultat der Komplementbindungsreaktion keine absolute Sicherheit, sondern nur eine Vermutung für die bestehende oder überstandene Syphilis gestattet.

Von den 124 Syphilitikern waren 5 im vorgeschrittenen ersten Stadium und ergaben 2mal vollkommene, 1mal unvollkommene Hemmung der Hämolyse und 2mal vollkommene Hämolyse. — Von 52 Syphilisfällen im zweiten Stadium ergaben: 40 vollkommene, 5 unvollkommene Hemmung, 7 vollkommene Hämolyse. — Von 60 Syphilitikern im Tertiärstadium waren die Resultate 36mal stark positiv, 14mal schwach positiv, 10mal negativ. Von 6 Tabikern war die Reaktion 4mal positiv, 2mal fraglich; 1 Paralytiker ergab vollkommene Hemmung.

Das Vorhandensein oder Fehlen der manifesten Syphiliserscheinung war ohne sichtbaren Einfluſs auf den Ausfall der Probe: die Reaktion war positiv 61mal unter 91 Fällen mit manifesten Erscheinungen und 22mal unter 33 im latenten Stadium. Ebenso verhielt sich die Probe gegenüber der guten oder mangelhaften Behandlung: unter 59 gut behandelten Patienten war die Reaktion 40mal positiv, unter 65 mangelhaft behandelten 43mal. (Obige Resultate stehen sowohl in bezug auf die diagnostische Verläſslichkeit der Komplementbindungsreaktion wie auch auf deren Ausfall beim Vorhandensein und Fehlen der manifesten Erscheinungen im krassen Widerspruch zu den Mitteilungen der meisten Untersucher, denen wir uns nach eigenen, zirka 400 Fälle betreffenden, bis jetzt nicht publizierten Proben anschlieſsen. Referent.)

2. **Die Lehre der venerischen Krankheiten in der polnischen Literatur**, von Fr. Giedroyć. Im letzten Teile seiner Monographie bespricht Verfasser die polnischen Arbeiten über Tripper und seine Komplikationen. Sehr interessant ist die Bemerkung über das Werk des Krakauer Arztes Sebastian Petrycy, der bereits im

Jahre 1591 wohl als erster den Ausflufs aus der Harnröhre als Eiter ansprach, obwohl man diese „Entdeckung“ gewöhnlich den um 100 Jahre älteren Turquet de Mayerne zuschreibt. — Erwähnenswert erscheint auch die Arbeit von Sleszkowski, der im Jahre 1620 bei der Blennorrhoe eine Diät verordnet, welche mit unseren heutigen Anschauungen vollkommen übereinstimmt.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

---

# Bücherbesprechungen.

**Syphilis und Nervensystem.** Neunzehn Vorlesungen für praktische Ärzte, Neurologen und Syphilidologen, von Max Nonne. II. Auflage. Mit 97 Abbildungen im Text. (Berlin 1909. S. Karger.) Das 683 Seiten starke Buch, wovon das Literaturverzeichnis als Beweis des erstaunlichen Fleifses des Verfassers allein 40 Seiten umfafst, gibt eine aufserordentlich klare und lesenswerte Abhandlung über dieses, auch für Dermatologen so wichtige Thema. Dasselbe wurde in Vorträgen vor praktischen Ärzten von Nonne behandelt und beruht grofsenteils auf dessen eigenen Erfahrungen, die hier nur in erweiterter Form und mit zahlreichen Krankengeschichten versehen wiedergegeben sind. Die Form der Vorlesungen ist hier beibehalten: Die erste Vorlesung bespricht Allgemeines (Zunahme der Syphilis, der Nervenkrankheiten, Geschichtliches), Ätiologie (die neuesten Forschungen umfassend) und Diagnostik. Die ätiologische Verwertung einer nachgewiesenen syphilitischen Infektion erfährt im praktischen Fall nicht selten durch eine Kombination von ursächlichen Momenten eine gröfsere oder geringere Einschränkung. Ebenso ist der Nichterfolg oder Erfolg einer spezifisch-antisyphilitischen Behandlung nur in bedingter Weise als ein differentialdiagnostisches Mittel zu betrachten. Die zweite Vorlesung behandelt die pathologische Anatomie der Nervensyphilis. Neben der Syphilis der Wirbelsäule möchte N. drei grofse Abteilungen der Syphilis des Zentralnervensystems unterschieden wissen: da sind die syphilitische Neubildung, die chronisch-hyperplastische Entzündung und die Erkrankung der Gefäfse. Als weiteres Ergebnis dieser pathologisch-anatomischen Darlegungen glaubt N. feststellen zu können, dafs auch ohne Mitwirkung der spezifisch-syphilitischen Veränderungen am Gefäfs- und Bindegewebsapparat des Nervensystems in seltenen Ausnahmefällen Veränderungen der nervösen Substanz sich finden, und zwar, wenn man von Paralyse und Tabes absieht, in Form einer Encephalitis, einer Erweichung, einer Induration und Sklerose und einer einfachen Atrophie von Nervenkernen. Die dritte, ganz besonders die Ätiologie der verschiedenen syphilitischen Gehirnprozesse analysierende Vorlesung hebt als praktisch wichtige Punkte hervor, dafs es sich meistens um jugendliche oder im mittleren Alter stehende Individuen handelt, bei denen Erkrankungen des zentralen und peripheren Gefäfsapparates nicht nachweisbar sind, bei denen sonstige Ursachen für embolische, thrombotische und apoplektische Prozesse fehlen, Syphilis in der Vorgeschichte nachweisbar oder wahrscheinlich ist und bei denen passager oder in rezidiver Form Monoparese, Monoplegie, Hemiparese resp. Hemiplegie, endlich Triplegie auftreten, welche einer gänzlichen Rückbildung oder weitgehenden Besserung fähig sind und nicht selten die psychische Persönlichkeit intakt lassen. In den folgenden Vorlesungen werden nun die verschiedenen syphilitischen Gehirnerkrankungen einzeln beschrieben, und zwar die Meningitis der

Konvexität und der Basis mit zahlreichen kasuistischen Beiträgen und einem sehr ausführlichen Schlufskapitel über Prognose der Hirnsyphilis. Es ergibt sich aus einer möglichst umfassenden Statistik, dafs die Prognose für jene Fälle, die jenseits der 40 Jahre die syphilitische Infektion akquiriert haben, sich verschlechtert, ebenso, dafs die Fälle mit schwerem Verlauf im Primär- und Sekundärstadium öfter eine schlechtere Prognose geben als jene mit leichtem Verlauf und dafs die Fälle mit extragenitaler Infektion ersteren in der Prognose gleichkommen. Die definitive Prognose ist besser bei den Fällen, die ohne Rezidive geblieben sind. Besondere Kapitel resp. Vorlesungen sind gewidmet den psychischen Störungen bei Hirnsyphilis, den Psychosen und Neurosen bei letzterer und bei Syphilitikern. Aus der neunten Vorlesung: Beziehungen der Dementia paralytica zur Syphilis; Differentialdiagnose der Dementia paralytica sei nur hervorgehoben, dafs N. die letztere keine spezifisch-syphilitische Gehirnerkrankung nennt, sondern nur einen gewissen ätiologischen Zusammenhang annimmt, dafs ferner die Paralyse in zweifelloser Zunahme begriffen ist, heutzutage die Kranken in früheren Lebensjahren befällt und auch bei den Frauen zunahm; im letzten Jahrzehnt haben sich die Beobachtungen vom Vorkommen der Paralyse bei Kindern und jugendlichen Individuen sehr vermehrt. Das Rückenmark wird im allgemeinen seltener von Syphilis befallen als das Gehirn, klinisch reine Rückenmarkssyphilis ist sogar sehr selten. Die verschiedenen Formen, welche Nonne in drei Vorlesungen abhandelt, sind Meningitis spinalis, Meningomyelitis — die häufigste Form der Rückenmarkssyphilis — Myelitis acuta, Paralysis ascendens acuta, Symptome von Poliomyelitis, Syringomyelie, Brown-Séguardscher Lähmung, multipler Sklerose, kombinierten Strangerkrankungen. Eine ausführliche Vorlesung ist der Tabes, der atypischen Tabes dorsalis, der syphilitischen Pseudotabes, der Differentialdiagnose und Prognose der Rückenmarklues gewidmet; letztere hängt von der besonderen Form der Rückenmarklues ab: am ehesten der Rückbildung fähig sind die kleinzelligen Infiltrate der Meningen, sowie die gumösen Wucherungen in Hüllen und Mark, von den Querschnittserkrankungen ist diejenige des Dorsalmarks günstiger als jene des Lenden- und Sakralmarks. Je früher das Rückenmarksleiden spezifisch behandelt wird, desto günstiger die Prognose, aber letztere ist unabhängig von der früheren Behandlung der Syphilis. Die zwei weiteren Vorlesungen besprechen die syphilitische Erkrankung der peripheren Nerven, wie besonders Neuralgien bei Syphilis, Neuritis einzelner Nerven, Polyneuritis und multiple Wurzelneuritis und Heredosyphilis und ihr Zusammenhang mit dem Nervensystem; die zahlreichen, hierbei in Betracht kommenden Erkrankungen zeigen, wie weitreichend der Einflufs der Erbsyphilis auch hierbei ist. Die Vorlesung „Therapie“ bespricht die bekannten spezifischen Mittel, welche prophylaktisch und therapeutisch in Betracht kommen; das Atoxyl anzuwenden, hat N. wegen der schlimmen Nebenwirkungen (auf das Auge) nicht mehr den Mut. Die psychische Behandlung, Roborierung, die therapeutischen Indikationen für einzelne Formen der Lues des Nervensystems und schliefslich die chirurgische Behandlung (Trepanation), welche sicher von grofsem Vorteil in manchen Fällen ist, finden weiterhin die gebührende Berücksichtigung. Die Cytodiagnostik und Untersuchung der Spinalflüssigkeit auf Eiweifsvermehrung und die neueste Phase in der Syphilisdiagnose, die Reaktion der Komplementablenkung bilden die zwei letzten Vorlesungen des inhaltsreichen Werkes. Die Cytodiagnose möchte N. für ein sehr brauchbares und differentialdiagnostisch meist sehr nützliches Hilfsmittel erklären, von der Wassermannschen Reaktion gilt beinahe dasselbe: an sich ist sie nicht pathognomisch, nur durch ihr Vorkommen im Gesamtkrankheitsbild verhilft sie der Diagnose zu gröfserer oder

geringerer Wahrscheinlichkeit, erlaubt aber bei negativer Reaktion keine Schlufsfolgerungen. Ob Verfasser auch heute nach den meist zugunsten dieser Reaktion vorliegenden Publikationen der letzten Monate noch dieses Urteil abgeben wird, erscheint zum mindesten zweifelhaft. *Stern-München.*

**Beiträge zur Naturgeschichte des Menschen.** Lieferungen I—IV. **Ein Beitrag zur Physiologie der Behaarung,** von H. FRIEDENTHAL-Nicolassee. (Gustav Fischer, Jena. 1908.) Die bescheidene Bezeichnung „Beitrag" entspricht durchaus nicht der reichen Fülle der hier Gebotenen Belehrung und Anregung. Wenn auch über das Thema Haar nach den verschiedensten Richtungen hin schon viel geschrieben worden ist (umfafst doch das hier beigegebene Literaturverzeichnis 1270 Nummern), so wird dem Leser durch dieses Werk die Erkenntnis dringend nahe gebracht, dafs noch zahlreiche Fragen der Lösung harren, und man kann dem Verfasser nur aufrichtig danken, dafs er mit ebenso grofsem Fleifs wie Geschick einen erheblichen Schritt vorwärts in dieser Richtung getan hat. Die jetzt komplett vorliegenden vier Lieferungen umfassen: 1. Das Wollhaarkleid des Menschen. 2. Das Dauerhaarkleid des Menschen. 3. Geschlechts- und Rassenunterschiede der Behaarung, Haaranomalien und Haarparasiten. 4. Entwicklung, Bau und Entstehung der Haare. Hierbei hat sich Verfasser aber nicht allein auf das Studium der menschlichen Haare beschränkt, sondern er hat in ausgedehntestem Mafse die analogen Gebilde in der Tierwelt, oder sagen wir, mit dem Verfasser übereinstimmend, richtiger: in der sonstigen Tierwelt herangezogen zum erläuternden Vergleiche. Eine ganz vorzügliche Unterstützung haben seine Bestrebungen seitens des Künstlers, der die Zeichnungen entwarf, und seitens der den Farbendruck ausführenden Anstalt gefunden. Diese mehrere Folioseiten füllenden Abbildungen gehören unbestreitbar zu dem besten, was auf diesem Gebiete bisher geleistet worden ist. Wenn es auch nicht möglich ist, den wirklichen Inhalt des Werkes im Auszug angemessen wiederzugeben, so mögen doch einige Angaben eine gewisse Vorstellung des gebotenen übermitteln. Auf Tafel I sehen wir eine Serie von verschiedenen Haarstellungen, wie solche beim Menschen, Affen und Schwein angetroffen werden. Tafel II demonstriert die beim Menschen stets unbehaart bleibenden Teile der Oberhaut. Zum Vergleich folgen die analogen Teile beim Schimpansen. Andere Abbildungen demonstrieren die verschiedenen Phasen und Arten der Wollhaarbildung beim Menschen und bei Tieren. Ferner ist den Sinushaaren bei verschiedenen Tieren eine Tafel gewidmet, usw. Die Abbildungen des zweiten Heftes beziehen sich auf die Verteilung und die normale und abnorme Entwicklung der Dauerhaare bei verschiedenen Menschenrassen und bei anthropoiden Affen. Dies Kapitel wird im dritten Heft weitergeführt und ergänzt, während im vierten Heft die histologischen Verhältnisse an zahlreichen Präparaten der verschiedensten Provenienz höchst anschaulich dargestellt sind. — Wir können hier, wie gesagt, nur Andeutungen geben. Mögen dieselben dazu beitragen, dafs sich recht viele den Genufs verschaffen, dieses verdienstvolle Werk kennen zu lernen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

# Mitteilungen aus der Literatur.

## Chronische Infektionskrankheiten.

### c. *Syphilis.*

**Die Syphilis in Uganda,** von A. R. Cook-Mengo. (*Lancet.* 12. Dezbr. 1908.) Nach den Statistiken des Missionshospitals in Mengo, dem Hauptorte von Uganda, ergibt sich, daſs im Jahre 1908 unter den rund 18000 ambulanten Kranken etwa 14,8% syphilitisch waren. Von den im Laufe der Jahre 1903 bis 1907 im Hospital aufgenommenen 6618 Kranken waren 11,4% mit Syphilis behaftet. Von anderer Seite ist der Prozentsatz unter den Eingeborenen Afrikas sehr viel höher angegeben worden. Verfasser bestätigt die groſse Empfindlichkeit der Neger gegen Quecksilber, doch hat er mit intermuskulären Injektionen gute Resultate gehabt.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Spirochäten bei Syphilis,** von A. Buschke-Berlin. (Proc. VI. Internat. dermatol. Kongreſs 1907.) Verfasser schildert seine ausgiebigen Untersuchungen auf diesem Gebiete in bezug auf Morphologie, Methodik des Nachweises, Lokalisation der Spirochäten und Biologie. In bezug auf die praktische diagnostische Bedeutung dieser Mikroorganismen drückt er sich zweifelhaft aus; in klinisch unsicheren Fällen sind die Spirochäten meist gar zu spärlich vertreten, und Irrungen sind oft schwer zu vermeiden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Der Ursprung der Syphilis und die Erfindung des Namens derselben,** von John Knott-Dublin. (*New York med. Journ.* 31. Okt. 1908.) In diesem ziemlich eingehenden, historischen Exkurse kommt Verfasser zu dem Schluſsergebnisse, daſs es keineswegs als feststehend anzusehen sei, daſs die Lues von Haiti nach Europa durch die Schiffsleute des Columbus eingeschleppt worden sei. Bei dem Morbus gallicus handelte es sicher sich nur um eine durch die zahlreichen Kriege verursachte, hochgradige Zunahme der Syphilisfälle und durch diese Zunahme sei man dazu gekommen, der Summe der früher ebenfalls schon beobachteten Symptome den Namen Syphilis zu geben. Die Beschreibungen und Anspielungen in den Werken von Avicenna, Albucasis, Wilhelm von Saliceto, Lanfranc, John of Gaddesden usw., sind bezüglich des Vorhandenseins von Lues im Mittelalter viel zu bestimmt, um nicht eine Gruppe von Affektionen zu bezeichnen, die man in neuerer Zeit unter dem Namen Syphilis zusammenfaſst. Wir finden im Jahre 1302 Krankheiten der Geschlechtsorgane in Venedig so sehr verbreitet, daſs eine Strafe von 20 Soldi jeder Person auferlegt wurde, die überführt ward, der Ansteckungsträger zu sein. Ein weiterer Umstand, um das historische Rätsel, welches in der Aufflackerung der Geschlechtsseuche nach der Entdeckung der Neuen Welt, die die epische Muse des Hieronymus Fracastorio anregte und von ihm die Bezeichnung Syphilis erhielt, liegt, zu lösen, dürfte damit gegeben sein, daſs ein verheerenderer Typus der Geschlechtskrankheit von der Übertragung des Giftes auf eine ganz andere Rasse sich herausbildet — eine Erklärung, auf die nach Knotts Ansicht bisher noch viel zu wenig Gewicht gelegt worden sei. Wir sind im Besitz unzweifelhafter historischer Dokumente, wonach Syphilis und die anderen Geschlechtskrankheiten in verschiedenen fernen Gegenden der alten Welt in den frühen Zeiten der Geschichte vorhanden waren, z. B. wird von André Thevet berichtet, daſs „die Franzosenkrankheit“ in Afrika am Senegal endemisch war, von

J. Bownius, dafs sie in Amboyna und auf den Molukken, dafs sie auf Java herrschte usw.; die chinesischen Ärzte sollen glauben, dafs die Krankheit bei ihnen seit den frühesten Zeiten geherrscht habe und die Autoren ihrer ältesten Bücher auf sie als eine alte Krankheit angespielt haben. Kurz die Lues venerea ist eine uralte Krankheit, die aber am Ende des 15. Jahrhunderts, begünstigt durch verschiedene Umstände, wie Mischung verschiedener Rassen und Wanderungen zahlreicher Kriegerscharen durch fast ganz Europa, in diesem Erdteile eine ganz besonders grofse Ausbreitung gefunden hat.

*Stern-München.*

**Der Einflufs der Entdeckung der Spirochaeta pallida auf die Behandlung der Syphilis,** von James F. Breakey-Ann Arbor. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 24.) Die Entdeckung der Spirochäte hat zur Abortivbehandlung der Syphilis geführt; das beste Mittel hierzu ist nach des Verfassers Ansicht das Atoxyl.

*Schourp-Danzig.*

**Die Serodiagnostik der Syphilis,** von Fritz Lesser-Berlin. (*Ztschr. f. d. ärztl. Praxis.* 1908. Nr. 21.) Nichts Neues. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über den praktischen Wert der Serodiagnostik bei Syphilis,** von Reinhold Ledermann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 41.) Die Ergebnisse, die L. bei seinen serologischen Untersuchungen syphilitisch infizierter Menschen hatte, stimmen mit den Resultaten anderer Autoren ungefähr überein. Aus der Summe der von L. und anderen gemachten Beobachtungen ergibt sich, dafs die Zahl der positiv Reagierenden am gröfsten ist zu Zeiten, in welchen manifeste Allgemeinsymptome vorhanden sind, dafs sie dabei im sekundären Stadium etwas gröfser (95,30%) ist als im tertiären (91,30%), dafs sie auch bei den postsyphilitischen Affektionen verhältnismäfsig hoch ist (77%), dafs sie in den Latenzperioden beträchtlich sinkt, und zwar im Frühlatenzstadium weniger (71,50%) als im Spätlatenzstadium (48,87%).

Bei negativem Ausfall der Reaktion im Primärstadium besteht nach Ansicht L.s einige Aussicht dafür, dafs nach sofortiger Exzision der Sklerose weitere Symptome ausbleiben. Bei wiederholter Untersuchung einer Reihe von Kranken mit manifesten Sekundärsymptomen konnte L. in mehreren Fällen einen zweifellosen Einflufs der spezifischen Therapie auf den Ausfall der Probe feststellen. Für den Ausfall der Reaktion im Latenzstadium ist in erster Linie die Zahl der vorausgegangenen Quecksilberkuren mafsgebend; positive Reaktion ist bei symptomfreien Patienten nach L.s Erfahrungen um so seltener, je mehr Kuren die Kranken durchgemacht haben. Aufserdem aber ist die Länge der seit der Infektion verstrichenen Zeit für den Ausfall der Reaktion im Latenzstadium von Bedeutung: je länger die Infektion zurückliegt, desto geringer wird die Zahl der positiven Reaktionen.

Der praktische Wert der Serodiagnostik bei Syphilis darf nicht überschätzt werden; der positive Ausfall der Reaktion ist zwar ein vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel, besagt aber vorläufig nichts anderes als dafs einmal eine syphilitische Infektion erfolgt ist, beweist dagegen für sich allein nicht, dafs noch Spirochäten im Organismus vorhanden sind, dafs also noch eine Infektionsgefahr für andere und besonders für etwaige Nachkommen besteht. Namentlich dürfen Individuen, die, obwohl seit vielen Jahren symptomfrei, im Spätlatenzstadium positiv reagieren, deswegen nicht als noch ansteckungsfähig betrachtet werden. Der negative Ausfall der Probe im Spätlatenzstadium wird die klinische Annahme einer Heilung wesentlich unterstützen; der positive Ausfall beweist noch nicht, dafs eine gerade vorhandene Affektion sicher syphilitischer Natur ist, der negative Ausfall darf bei Verdacht auch syphilitischer Erkrankung lebenswichtiger Organe von der versuchsweisen Einleitung einer Quecksilberkur durchaus nicht abhalten. Ob es sich bei Müttern hereditär-luetischer Kinder, die ohne Syphilissymptome aufzuweisen positiv reagieren, um latente Infektion

oder nur um das Vorhandensein löslicher Stoffwechselprodukte der Spirochäten handelt, ist noch nicht mit Sicherheit zu entscheiden; jedenfalls dürfen solche Mütter ihre Kinder unbedenklich stillen, aufserdem aber sollen sie ebenso wie Frauen, die wiederholt abortiert haben und positiv reagieren, eine Quecksilberkur durchmachen. Zu der von manchen Autoren geforderten obligatorischen serologischen Untersuchung der Ammen wird man wohl kaum kommen; als Äquivalent müfste die serologische Untersuchung der Säuglinge gefordert werden. Wiederholte serologische Untersuchung aller, auch der als syphilitisch bekannten Prostituierten dürfte vorläufig einen praktischen Wert nicht haben, da der positive Ausfall über den Grad der Infektiosität nichts Bestimmtes aussagt, der negative Lues nicht ausschliefsen läfst; dagegen empfiehlt sich eine einmalige Untersuchung, um die positiv Reagierenden, die noch nicht behandelt worden sind, einer gründlichen Kur zu unterziehen. Von grofser praktischer und wissenschaftlicher Bedeutung erscheint L. die von Pick und Proskauer berichtete Tatsache, dafs auch post mortem entnommenes Blut noch die Wassermannsche Reaktion erkennen läfst. *Götz-München.*

**Weitere serodiagnostische Untersuchungen bei Syphilis**, von Siegfried Grosz und Richard Volk-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 44.) Die Verfasser fügen den bereits früher mitgeteilten Resultaten von 232 Untersuchungen weitere 178 Fälle hinzu, und kommen auch hiernach zu dem Schlusse, dafs ein negativer Ausfall nicht imstande ist, den für eine spezifische Erkrankung sprechenden klinischen Befund zu erschüttern, dafs dagegen eine positive Reaktion auf eine stattgehabte luetische Infektion bezogen werden kann, wobei einschränkend die sichergestellten positiven Beobachtungen bei Framboesie und Lepra in Berücksichtigung gezogen werden müssen, während die Angaben von Much und Eichelberg über positive Reaktionen bei Scharlach als durch sorgfältige Kontrolluntersuchungen widerlegt gelten können. Von den verschiedenen Modifikationen der Wassermannschen Methode hat sich bei genauen Kontrolluntersuchungen der Autoren besonders die von Bauer als vollkommen gleichwertig, wenn nicht überlegen erwiesen. Jedenfalls haben gerade die verschiedenen Modifikationen gezeigt, dafs es sich bei der Reaktion um ein Aufeinanderwirken von lipoiden Substanzen im Extrakte und der Globulinfraktion des ablenkenden Serums handelt. *W. Lehmann-Stettin.*

**Über die klinische Verwertbarkeit der Komplementbindungsreaktion für die Serodiagnostik der Syphilis**, von Franz Ballner und Alfred v. Decastello-Innsbruck. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 45.) Die Verfasser haben gleich mehreren anderen Autoren auch bei Individuen ohne anamnestisch oder klinisch nachweisbare Lues und selbst bei Kranken, bei denen Syphilis sicher auszuschliefsen ist, positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion gefunden; sie haben sich daher die Aufgabe gestellt nachzuforschen, ob nicht Unterschiede in der Reaktion bei luetischen und nicht-luetischen Seris vorhanden sind, und sind dabei zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Das hämolytische Rinderblutsystem ergab bei Luetikern einen positiven Ausfall der Wassermannschen Syphilisreaktion in ungefähr derselben Prozentzahl der Fälle wie anderen Untersuchern das Hammelblutsystem. Es dürfte somit gegen die Verwendung von Rinderblut-Ambozeptoren kein Einwand zu erheben sein.

2. Auch bei Verwendung des Rinderblutes ergab sich bei einer Reihe von wahrscheinlich nicht luetisch Infizierten Komplementablenkung, so bei Tuberkulose der Lunge und der Niere, Pneumonie, Carcinom, myeloider Leukämie und inkompensierten Herzfehlern.

3. Bei mehreren dieser Fälle erwies sich die Komplementablenkungsfähigkeit des Blutserums als vorübergehend.

4. Zwischen der positiven Reaktion bei Luetikern und jener bei wahrscheinlich nicht Luetischen stellte sich bei Verwendung von Rinderblut insofern ein prinzipieller Unterschied heraus, als bei den ersteren die Komplementbindung nur durch Zusatz von Organextrakt erfolgt oder doch wenigstens durch diesen deutlich verstärkt wird, während sie bei letzteren auch ohne Extraktzusatz in völlig gleicher Intensität wie mit Extrakt in Erscheinung tritt (autotrope Sera).

5. Bei Verwendung von Hammelblutambozeptoren verhielten sich die untersuchten autotropen Sera wie luetische, indem bei Extraktzusatz Hemmung, ohne Extraktzusatz mehr oder weniger deutliche Lösung erfolgte.

6. Das Rinderblutserum scheint es somit zu ermöglichen, eine für Lues im klinischen Sinne spezifische Reaktion von einer nicht-spezifischen, bei verschiedenen Krankheitsprozessen gelegentlich auftretenden, zu trennen. *Götz-München.*

**Eine einfache Methode der Serumdiagnose bei Syphilis,** von N. Tschernogubow-Moskau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 47.) Es werden mittels Zeissschen Blutmischers von 1 ccm Inhalt 0,1 ccm Blut mit etwa 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung vermischt und in ein enges Reagenzröhrchen eingetragen (Nr. 1). Auf dieselbe Weise wird eine Mischung für ein zweites Reagenzröhrchen (Nr. 2) bereitet. Für das folgende Reagenzröhrchen (Nr. 3) wird das Blut mit einer schwachen Lösung von Extrakt aus einer syphilitischen Leber in derselben physiologischen Kochsalzlösung versetzt (1 Teil Extrakt auf 50—200 Teile physiologischer Kochsalzlösung). Das Röhrchen Nr. 4 wird wie Nr. 3 gefüllt. Alle vier Röhrchen kommen für eine Stunde in den Thermostat bei 38°; sodann wird zu 1 und 3 je 0,25 ccm eines für die roten Blutkörperchen von Menschenblut hämolytischen inaktivierten Serums in für die Hämolyse erforderlicher Verdünnung eingetragen. Zu 2 und 4 wird eine gleiche Quantität physiologischer Kochsalzlösung zugesetzt. Alle Röhrchen kommen für zwei Stunden in den Thermostat, alsdann in den Eisschrank. Am Morgen wird das Resultat festgestellt. Das Eintreten oder Nichteintreten von Hämolyse in Röhrchen Nr. 3 entscheidet das Resultat. Die übrigen Röhrchen dienen als Kontrollen.

Die Reaktion ist also im Prinzip genau dasselbe wie die Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion. Vielleicht wird sie, falls sie gleich gute Resultate ergibt, eine brauchbare Vereinfachung derselben darstellen. Es berührt jedoch eigenartig, daſs Überschrift und Schluſs: „Die Reaktion erfordert sehr wenig Zeit und dürfte vielleicht mit Erfolg an Stelle der Wasserамnn-Neisser-Bruckschen Serumreaktion Anwendung finden", die Reaktion als eine neue Methode hinzustellen scheinen.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Die praktische Bedeutung der Serodiagnostik bei Lues,** von Fr. Bering-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 48.) Die Zuverlässigkeit der Serumprobe erhärtet B. durch eine 896 Fälle umfassende Tabelle. Unter diesen ergaben 95 Kontrollfälle sämtlich ein negatives Resultat; die Fälle von Lues im sekundären Stadium fielen zu mehr als 98% positiv aus, während das Ergebnis bei Patienten mit Primärsyphilid und in Spätstadien ungefähr ebenso viele positive wie negative Fälle aufweist. Daſs in der täglichen Praxis das Bedürfnis einer Unterstützung in diagnostischer Hinsicht sich vielfach geltend macht, ist aus der groſsen Zahl (353 in obiger Reihe) von Überweisungen von Patienten an das Institut behufs der Blutprobe zu entnehmen. Verfasser verwendet die Bauersche Modifikation, welche er als durchaus zuverlässig erprobt hat. Sie bedeutet ja auch technisch eine erhebliche Erleichterung.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Untersuchungen über die Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion bei Syphilis,** von Schatilow und Isabolinski. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1908. Nr. 51.) Die beiden Verfasser stellten ihre Versuche im Laboratorium von Prof. Kolle in Bern

nicht nur mit Extrakten aus syphilitischen Organen, sondern zum Vergleich auch mit verschiedenen Organen ganz normaler und gesunder Tiere an. Sie kamen dabei zum Schlufs, dafs die alkalischen Extrakte aus der syphilitischen Leber eine stärkere Komplementbindung beim Zusammenbringen mit syphilitischem Serum ergeben als die Extrakte von normalen Organen. Unter den letzteren erwiesen sich noch am wirksamsten das Herz und die Leber.

Weiter ergaben die Untersuchungen der beiden Forscher, dafs die beim Zusammenkommen von Extrakten, sowohl von syphilitischen als auch von normalen Organen, mit syphilitischem Serum nicht im wahren Sinne des Wortes als spezifisch, sondern als für Syphilis charakteristisch anzusehen ist. Der positive Ausfall der Reaktion spricht mit Bestimmtheit dafür, dafs der betreffende Organismus Syphilis hat oder Syphilis gehabt hat in seinem Leben. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Die Ergebnisse der neueren Forschungen über die Syphilisätiologie und Syphilisdiagnostik, im besonderen die Serumdiagnostik,** von W. Kolle-Bern. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1909. Nr. 2.) Siehe vorstehendes Referat. Die im Berner Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten von Schatilow und Isabolinsky unter Kolles Leitung angestellten Untersuchungen führten zur Aufstellung folgender Sätze: 1. Die mittels der Komplementverankerung nachgewiesenen Stoffe im Blute von Syphilitikern sind keine Antikörper im Sinne der Immunstoffe. 2. Denn die zu dieser Komplementverankerung mit Serum Syphilitischer benutzten Antigene sind keine Antigene, mit welchen sich echte Antikörper erzeugen lassen. 3. Nicht nur Gewebe Syphilitischer, namentlich hereditär-syphilitischer Föten, lassen sich als Antigen benutzen, sondern auch andere nicht von Syphilitikern stammende Substanzen, wie z. B. Lecithin, Tierorgane, z. B. von Meerschweinchen, sind brauchbar. 4. Die Komplementverankerung wird deshalb besser nicht als spezifisch, sondern als charakteristisch für Syphilis bezeichnet. 5. Für die Ausführung und Sicherheit der Methode ist ein grofser Fortschritt in der Benutzung der alkoholischen Extrakte zu erblicken. 6. Um sichere Schlüsse ziehen zu können, müssen die Versuche von geübten Untersuchern unter Benutzung grofser Reihen und vieler Kontrollen stets nach derselben Methotik ausgeführt werden. 7. Jeder Versuch mufs in doppelter Reihe ausgeführt werden; eine Reihe mit Antigen, gewonnen als Alkoholextrakt aus luetischen Föten, die zweite mit Alkoholextrakt aus Meerschweinchenherzen. 8. Es empfiehlt sich, das Antigen in fallenden Dosen, das Serum in konstanter Menge (0,1 ccm) zuzusetzen.

*Schourp-Danzig.*

**Eine Vereinfachung der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis,** von Hugo Hecht-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 50.) H. macht ähnlich wie Bauer den Versuch, den natürlichen Hammelblutkörperchenambozeptor allein zur Geltung kommen zu lassen, und braucht zu seiner Modifikation des Wassermannschen Verfahrens nur gewaschene Hammelblutkörperchen in Kochsalzlösung, neben dem Patientenserum (das Komplement und Hammelblutambozeptor enthält) und dem als Antigen dienenden alkoholischen Extrakt aus normalem Meerschweinchenherzen. Nach seinen bisherigen Versuchen hat er vollkommene Übereinstimmung seines einfachen Verfahrens mit der Wassermannschen Methode konstatieren können.

*W. Lehmann-Stettin.*

**Präzipitatreaktionen mit Lecithin, Natriumglycocholat und -taurocholat zur Diagnose der Syphilis,** von William J. Buttler-Chicago. (*New York med. Journ.* 31. Okt. 1908.) Die Reagentien zur Präzipitatprobe bestehen aus 1. 0,2%iger Lecithinsuspension, welche bereitet wird, indem man 1 g Lecithin zu der zu dessen Lösung nötigen Menge warmen Alkohols zufügt und dann auf 500 ccm Wasser auffüllt, 2. 1%igem Natriumglycocholat und 3. 1%igem Natriumtaurocholat, beide durch Auflösung in

destilliertem Wasser erhalten. Letztere sind in frischem Zustande vollständig klare Lösungen, werden aber trübe, wenn sie 24 Stunden stehen, daher ungeeignet zum Gebrauche. Sie sollen, ebenso wie die Lecithinsuspension, immer erst vor dem Gebrauche hergestellt werden. B. untersuchte von 74 Fällen, wovon 38 Patienten mit primärer, sekundärer, tertiärer und Eingeweidesyphilis und Parasyphilitiker, die übrigen Kontrollpatienten mit allen möglichen Leiden, wie Tuberkulose, Typhus, Pneumonie, Carcinom, waren. Es zeigte sich, daſs die Serumreaktion an positiven Resultaten die genannten drei Reaktionen übertrifft. Das glycocholsaure und taurocholsaure Natrium, speziell das letztere, geben einen erheblichen Prozentsatz positiver Resultate bei manifester Lues und einen geringen Prozentsatz bei den Kontrollseren. Das Lecithin hingegen erwies sich als völlig unbrauchbar und durchaus nicht spezifisch für Syphilis, indem 50% der Kontrollfälle positiv reagierten. Die Resultate, welche in den Kontrollfällen mit aktiven und inaktiven Seris erzielt wurden, waren praktisch gleich jenen mit Natriumglyco- und -taurocholat. Die beiden letzteren müssen aber immer noch von einer Reihe von Forschern erprobt werden, bevor ihr wirklicher Wert bei der Diagnose der Syphilis festgestellt werden kann. Die Resultate seiner eigenen Untersuchungen möchte B. als speziell günstig für diese Substanzen in Anbetracht der wenigen positiven Reaktionen, die in den untersuchten Kontrollfällen damit zu konstatieren waren, bezeichnen. Mit tabellarischer Übersicht der auf die verschiedenen Fälle treffenden Reaktionen. *Stern-München.*

**Erfahrungen mit der Wassermann-Reaktion**, von Emil Bresovszky-Budapest. (*Bör és Brijakóstau.* Nr. 4. Beiblatt des *Bud. Orv. Ujs.* 1908.) Zusammenfassung: 1. Die Reaktion von Wassermann ist auch in der Privatpraxis durchführbar. 2. Als Hilfsmittel ist sie in zweifelhaften, fraglichen Fällen anzuwenden. 3. Die Wirkung der Behandlung ist mit der Reaktion kontrollierbar. (Der positive Befund wird nach einer vollkommenen Kur negativ.) 4. Negativbefund ist kein Beweis gegen Lues.

*Porosz-Budapest.*

**Zur Technik und klinischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion**, von Richard Bauer-Wien und Georg Meier-Berlin. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 51.) Die Verfasser, von denen der erste Assistent an der v. Neussenschen Klinik in Wien, der zweite am Institut für Infektionskrankheiten in Berlin ist, haben an beiden Instituten gemeinsam gearbeitet, um durch das Vergleichen der verschiedenen Arbeitsmethoden eventuell gewisse Unstimmigkeiten zu beseitigen, die bei Arbeiten mit der Wassermannschen Reaktion zu Kontroversen Anlaſs gegeben haben. Sie haben sehr zahlreiche Kontrolluntersuchungen angestellt, auch eine Reihe der vielen angegebenen Modifikationen nachgeprüft und im besonderen die von verschiedenen Seiten gemeldeten positiven Resultate bei anderen Krankheiten an einem Materiale von 381 Krankheitsfällen der verschiedensten Art einer Kontrolle unterzogen. Sie kommen im wesentlichen zu folgenden Resultaten: Die Wassermannsche Reaktion kommt mit Ausnahme der Lepra nur bei luetischen Krankheiten vor, weshalb die Serodiagnostik auf Lues mittels der Komplementbindungsmethode als ein zuverlässiges und sehr wertvolles diagnostisches Hilfsmittel anzusehen ist; doch ist dabei zur Erzielung einheitlicher Resultate eine strenge Befolgung der vom Wassermannschen Laboratorium angegebenen Versuchsanordnung unbedingt erforderlich. Von den Modifikationen hat nur die Ausflockungsmethode ähnliche Ergebnisse gehabt, doch ist sie vorläufig nicht imstande, die Komplementbindungsmethode zu ersetzen, wenngleich ihr ein hohes wissenschaftliches Interesse zukommt. *W. Lehmann-Stettin.*

**Syphilisreaktion nach Wassermann**, von Arpád Torday-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1908.) Die in 100 Fällen vorgenommene Untersuchung hat ergeben, daſs bei Nichtluetischen die Reaktion immer negativ ausgefallen ist. In verdächtigen

Fällen war die Reakion einigemal positiv. In diesen Fällen bestätigte die Anamnese den Befund, oder wenigstens der Abortus der Ehegattin beliefs den Verdacht. T. hält die WASSERMANNsche Reaktion für eine wertvolle Hilfsmethode der klinischen Diagnostik, besonders in Fällen, wo der Verdacht auf Lues da ist, trotz Fehlens manifester luetischer Erscheinungen. Der positive Befund der Reaktion deutet auf Lues. Die Ausführung der Untersuchung wünscht geübte Hände und wohlgefeilte Kritik. In therapeutischer Hinsicht ist sie weniger wertvoll, denn die Reaktion wird nicht negativ nach dem Einflusse der Quecksilberbehandlung. *Porosz-Budapest.*

**Die WASSERMANNsche Seroreaktion bei Lues und anderen Infektionskrankheiten,** von F. ROLLY - Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 2.) Die in der Leipziger medizinischen Klinik bei Syphilitikern (26), Tabikern (17) und Paralytikern (2) ausgeführten Untersuchungen ergaben bei 95,5% ein positives Ergebnis der Seroreaktion. Analoge Versuche, eine spezifische Reaktion bei Abdominaltyphus und Tuberkulose aufzustellen, ergaben keine befriedigenden Resultate, indem die Komplementbindung nicht mit genügender Regelmäfsigkeit und Deutlichkeit hervortrat, um die Schwierigkeit und Umständlichkeit des Verfahrens lohnend erscheinen zu lassen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Vergleich von alkoholischen und wässerigen Extrakten in der Serumdiagnose der Syphilis,** von JOHN W. MARCHILDON-St. Louis. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 25.) Auf Grund von Beobachtungen bei einer gröfseren Versuchsreihe hält der Verfasser die Verwendung von wässerigen Extrakten der Leber von Luetischen gleichwertig der von alkoholischen Extrakten. Der Vorteil der letzteren besteht in der leichteren Herstellung und längeren Haltbarkeit. *Schourp-Danzig.*

**Über die Übertragung eines menschlichen syphilitischen Primäraffektes auf die Haut des Kaninchens,** von Privatdozent M. TRUFFI - Pavia. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 48, Heft 5.) Nach den interessanten Untersuchungen BERTARELLIS über die Übertragbarkeit der Syphilis auf die Hornhaut der Kaninchen gelang es nun Verfasser, bei diesem Tiere die Syphilis auf die Haut der Skrotalgegend, und zwar direkt von einem menschlichen Primäraffekt aus in unzweifelhafter Weise zu übertragen. Mit vorliegender Beobachtung (mit einer Figur illustriert) bestätigt sich also die Empfänglichkeit der Kaninchenhaut für die syphilitische Infektion vollkommen; es fanden sich in dem von den Rändern des etwa 1 cm im Durchmesser betragenden Geschwürs abgekratzten Detritus sehr zahlreiche Spirochaetae pallidae (GIEMSA). Die Haut des Kaninchens reagiert gegen das syphilitische Virus mit den gleichen Erscheinungen wie die des Menschen, möge ersteres durch korneale Passagen (LEVADITI, OSSOLA) eine Anpassung erfahren haben oder aber unmittelbar von einer menschlichen Läsion übertragen werden (HOFFMANN und vorliegende Beobachtung). In letzterem Falle scheint die Inkubationszeit eine bedeutende Verlängerung zu erfahren (bis zu zwei Monaten in vorliegendem Falle). Ausdrücklich hebt TRUFFI noch den Umstand hervor, dafs eine Beteiligung der Lymphdrüsen am syphilitischen Prozesse in seinem und HOFFMANNS Falle nicht beobachtet wurde, während OSSOLA eine solche verzeichnet; dieser Unterschied sei möglicherweise auf die von OSSOLA durch die Kaninchenpassage hervorgerufene Anpassung an den tierischen Organismus zurückzuführen. *Stern-München.*

**Übertragung der Syphilis auf Mäuse.** Vorläufige Mitteilung von J. SIEGEL-Berlin. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 48, Heft 5.) In Fortsetzung früherer Versuche hat S. eine gröfsere Anzahl erst zwei Tage alter Mäuse cutan und subcutan mit syphilitischem Material geimpft. Bei einem Teil der geimpften Mäuse zeigten sich nach einigen Wochen an der Impfstelle kleine, harte Knoten, bei anderen Störungen in der Haarentwicklung und rote Flecken in der Haut. Drei der am schwersten erkrankten

Mäuse wurden getötet und zu Impfungen auf Affen benutzt; bei einigen derselben entstand ein typischer Primäraffekt, genau so, wie sie schon häufig S. bei Übertragungen virulenten menschlichen Materials auf Affen gesehen hatte. Es scheint demnach, dafs die Syphilis sich unter bestimmten Umständen auf weifse Mäuse übertragen läfst. Spirochäten fehlten ebenso wie im Ausgangsmaterial im Primäraffekt des Affen, so dafs S. nach wie vor daran festhält, dafs Spirochäten nicht die Erreger der Syphilis sind. Der bei einem Affen erzeugte Primäraffekt wurde zu weiteren Impfungen auf drei Affen benutzt und hat bei einem Affen einen typischen Primäraffekt erzeugt; die Übertragbarkeit der Syphilis auf Mäuse sieht S. demnach als feststehend an. *Stern-München.*

**Übertragung von Syphilis im Beruf**, von C. Belcher-Birmingham. (*Brit. med. Journ.* 16. Jan. 1909.) Ein junges Mädchen akquirierte beim Nähen von Kleidungsstücken einen Schanker an der Lippe mit mäfsigen Folgeerscheinungen; sie hatte die Gewohnheit, die Zeugstücke gegen ihr Kinn zu drücken, um sie glatt zu machen vor dem Nähen, und ihre Mitarbeiterin, welche gleichzeitig an denselben Stücken arbeitete, hatte unzweifelhafte Erscheinungen von Lues am Munde.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Abortivbehandlung der Syphilis durch Exzision der Sklerosen**, von Samuel Róna-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1908. Nr. 52.) Der Autor kann nicht genug aufmerksam machen auf die besondere Behutsamkeit, mit welcher man bei der Konstatierung der primären luetischen Infektion vorgehen mufs. Eine Sklerose mit Spirochätenbefund in 8—15 Tagen nach der Infektion ist ihm schwer glaubwürdig, denn diese Sklerotisierung kommt erst nach zwei bis drei Wochen zur Wahrnehmung. Er selbst hat eine Täuschung erlebt nach einer abortiven Sklerosenexzidierung mit positivem Spirochätenbefund. Den betreffenden jungen Mann hat er durch sechs Monate wegen Blennorrhoe behandelt. Einige Monate nachher konstatierte er zwei hanfkorngrofse Sklerosen auf dem Penis ohne Drüsenschwellung in der Nachbarschaft. Es schien ihm die Primärsklerose genügend frühzeitig diagnostiziert zu sein. Die zwei letzten Coitus wurden 8 und 14 Tage vorher ausgeübt. Einige Tage nach dem Eingriff (Exzision der Sklerosen) traten auf der Zunge des Patienten zwei kleine Läsionen ohne Infiltration der Submaxillardrüsen und mit positivem Spirochätenbefund auf. Es wurde dadurch klar, dafs es sich um ein hämatogenes Rezidiv der Sklerosen handelt. Nach gründlichem Befragen des Patienten stellte sich heraus, dafs vor sechs Jahren ein unbedeutendes Ulcus auf demselben Platz da war, welches, lokal behandelt, bald heilte. Kurzum, es war der Eingriff trotz des Anscheins keine zurzeit vorgenommene abortive Exzision. Der Autor neigt zum Zweifel in ähnlichen Fällen für das Primärsein der Sklerose nach 8- oder 15 tägigem Bestehen. (Er hat auch Recht!! Ref.)

*Porosz-Budapest.*

**Die Beziehung des Charakters der syphilitischen Primärsklerose zu der sekundären konstitutionellen Periode**, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 24.) Der Verfasser geht von der von ihm gemachten Beobachtung aus, dafs bei den malignen Formen von Syphilis die Inkubation kürzer ist und die Erscheinungen früher und beschleunigter auftreten, ohne dafs die Lymphdrüsen geschwollen sind; er glaubt den Schlufs ziehen zu dürfen, dafs die schwer ulceröse Primärsklerose eine reichere Bildung von Agglutination gegen die Spirochaeta pallida bedingt, dafs daher nur wenige Spirochäten den Gesamtorganismus befallen können und die Krankheit deshalb milde auftritt und schnell geheilt wird. Die mild verlaufende Primärsklerose hingegen beweist die geringe Abwehr gegen die Spirochäten und erklärt damit den schwereren Verlauf der Infektion. *Schourp-Danzig.*

**Maligne sekundäre Syphilis**, von G. Mouriquand und J. Rebattu. (*Lyon méd.* 1908. Nr. 49.) Bei einem 25jährigen Weibe traten heftige, besonders während der Nacht sehr starke Kopfschmerzen, eine Angina mit phagedänischer Ulceration auf der linken Tonsille sowie Schmerzen im Nacken auf, die in die Schulter und die Arme ausstrahlten, von Sensibilitätsstörungen an den oberen Extremitäten, Gefühl von Ameisenkriechen und Taubsein und von Absterben der Finger begleitet waren und die Bewegungen des Kopfes, des Halses und der Arme stark beeinträchtigten. Dazu kamen Schmerzen in den Knien und Parese der Beine und schliefslich ein makulöses Exanthem, das zweifellos luetischer Natur war. Es mufste daher die Diagnose auf sekundäre Syphilis und beginnende syphilitische Erkrankung des Halsmarks und seiner Meningen gestellt werden. Die sofort eingeleitete Inunktionskur blieb wirkungslos; dagegen brachten täglich wiederholte Injektionen von 0,02 Hydrargyrum bijodatum Heilung. *Götz-München.*

**Nasenbluten eines syphilitischen Neugeborenen**, von A. Bauer-Schatzalp. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1909. Nr. 4.) Bei einem anscheinend normalen Knaben fing am dritten Lebenstage aus beiden Nasenlöchern spärliches Blutsickern an, welches zeitweise nachliefs, zeitweise sich steigerte und bis zum Exitus am sechsten Lebenstage mit Unterbrechungen anhielt, nachdem am fünften Lebenstage auch noch einige Tropfen Blut aus der Nabelwunde abgesickert waren. Während die Autopsie keinerlei luetische Veränderungen ergab, konnten in den Nebennieren nach Levaditi sehr zahlreiche Spirochaetae pallidae nachgewiesen werden.

Der Verfasser konnte bei der Mutter des Neugeborenen einen deutlichen Primäraffekt erkennen, welchen sie im sechsten Schwangerschaftsmonat erworben hatte. Er leitet aus seiner Beobachtung die Berechtigung ab, bei scheinbaren Spontanblutungen Neugeborener immer dann differentialdiagnostisch an Heredosyphilis zu denken, wenn Symptome einer allgemeinen Infektion fehlen. *Schourp-Danzig.*

**Die Thymus bei kongenitaler Syphilis**, von M. Simmonds-Hamburg. (*Virchows Arch.* Beiheft zum 194. Band.) Die kongenitale Syphilis manifestiert sich zuweilen in der Thymusdrüse durch eine Vermehrung der epitheloiden Zellen, welche in Strängen oder Kanälen angeordnet sind oder mikroskopisch sichtbare Hohlräume umschliefsen. In seltenen Fällen herrschen die epitheloiden Zellen so stark vor, das lymphoide Gewebe tritt so sehr zurück und die Hassalschen Körper sind so spärlich, dafs der Bau des Organs völlig verwischt ist. In diesen Fällen kann es zur Bildung makroskopisch sichtbarer Cysten kommen, die seröse Flüssigkeit, lymphoide Zellen oder eitrige Beimengung enthalten. In Cysteninhalt und Wand sind dann Spirochäten nachweisbar. Alle diese Veränderungen sind als Gewebshemmungsbildungen aufzufassen. Makroskopisch sichtbare Cystenbildung des Thymus neben Vermehrung des epitheloiden Gewebes darf als Zeichen kongenitaler Syphilis aufgefafst werden.

*Schourp-Danzig.*

**Über mit Fieber verlaufende Syphilis der Leber**, von I. S. Nasarow-Odessa. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 50.) Von den verschiedenen Formen der Lebersyphilis ist es vor allem die mit mehr oder weniger ausgesprochener Organvergröfserung einhergehende hypertrophische Cirrhose, bei der Fieber, und zwar in der gröfseren Mehrzahl der Fälle Fieber von intermittierendem Charakter beobachtet wird. Zu diesem Krankheitsbild bringt Verfasser zwei neue Beobachtungen, in denen Fieber und Lebervergröfserung prompt auf antisyphilitische Behandlung wichen, nachdem andere Mafsnahmen versagt hatten. Er glaubt sich zur Diagnose Syphilis berechtigt, obwohl andere Anhaltspunkte, in dem einen Falle überhaupt die syphilitische Anamnese fehlten. *W. Lehmann-Stettin.*

**Leukoderma syphiliticum und das Pigmentsyphilid,** von J. HUTCHINSON-London. (*Brit. med. Journ.* 9. Jan. 1909.) Der englische Altmeister hatte kürzlich die Behauptung aufgestellt, dafs dortzulande diese Läsionen sehr selten oder sehr wenig beachtet worden seien. Auf den hiergegen erhobenen Widerspruch berichtet er über einige englische Publikationen und gibt Abbildungen aus deutschen und französischen Quellen zum Beweise, dafs in Wien, Deutschland und Frankreich jedenfalls reichlicher darüber geschrieben worden ist. Als Hauptpunkt seiner Darlegung führt er aus, dafs Gewicht darauf zu legen ist, ob bei dieser Abnormität es sich um eine fleckenweise auftretende Pigmentvermehrung (mit wahrscheinlicher Beteiligung der Nebennieren) oder um eine Pigmentatrophie handle. Er verweist auf die Analogien im Tierreich bei Giraffen, Leopard und Apfelschimmel. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Angina Vincenti bei einem Syphilitischen,** von LAGRIFFOUL und BOUSQUET. (*Montpellier médical.* 1909. Nr. 1.) Bekanntlich ist die Angina Vincenti eine unter geringer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens verlaufende Entzündung der Mandeln mit einem an Diphtherie erinnernden membranösen Belag, der im weiteren Verlauf in eine leicht mit einem Tonsillenschanker zu verwechselnde Ulceration übergeht. Die mikroskopische Untersuchung der Membran, mit LÖFFLERschem Methylenblau gefärbt, ergibt eine Menge fusiformer Bazillen, die GRAM negativ sind. Daneben finden sich in geringerer Anzahl dünne Spirillen mit drei bis vier Windungen. Die Verfasser teilen einen Fall mit, wo eine derartige typische Angina Vincenti bei einem Manne mit Initialsklerose auftrat, und zwar kurz vor Erscheinen der Roseola. Sie weisen dabei auf die diagnostischen Schwierigkeiten hin, die in einem derartigen Fall entstehen können. *Gunsett-Strafsburg.*

**Über einige Erkrankungen des Kiefers mit erläuternden Fällen,** von C. A. HAMANN-Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* Jan. 1909.) H. beschreibt in erster Linie die Leontiasis ossium cranii, wovon etwa 50 Fälle bis jetzt beobachtet wurden. Von den anderen Kiefererkrankungen, welche Verfasser der Reihe nach kurz beschreibt, seien als von uns von besonderem Interesse noch die entzündlichen Hyperostosen infolge von Osteitis, Osteomyelitis und Syphilis erwähnt. *Stern-München.*

**Ein Beitrag zu den syphilitischen Psychosen,** von F. NEFT. (Inaug.-Dissert. Bern 1908.) Die Erkennung der Geisteskrankheiten auf ihren ätiologischen Zusammenhang mit der Syphilis ist in ihrer grofsen Bedeutung für die Patienten von einer Reihe von Autoren hervorgehoben und mit Nachdruck betont worden. Die richtige Erkenntnis der konstitutionellen Erkrankung ist nicht immer leicht; der Arzt ist hier oft nur auf die Anamnese angewiesen, die ja in bezug auf Syphilis nur zu oft im Stich läfst. Den direkten Beweis liefern die zur Zeit noch bestehenden Zeichen der floriden oder schon abgelaufenen Syphilis und aufserdem noch eine Reihe von subjektiven Symptomen, die nach ERLENMAYER in verschiedenen Schmerzen und Störungen der Allgemeingefühle bestehen sollen; die Schmerzen sind gewöhnlich an den Extremitäten und am Kopf lokalisiert und werden auf Druck gesteigert. Die Kopfschmerzen exazerbieren nachts. Was die Allgemeingefühle betrifft, so äufsert sich ihre Störung darin, dafs die Patienten gleichgültig auch gegen ihre allernächsten Personen und wichtigsten Angelegenheiten werden. Auch zeichnen sie sich durch eine abnorme Ermüdbarkeit physischer und psychischer Natur aus. Je mehr von diesen Erscheinungen vorhanden sind, um so mehr ist der Verdacht auf Syphilis als Ätiologie berechtigt und neben der anderen Behandlung der Versuch mit antisyphilitischen Mitteln angezeigt. Die meisten der in der Literatur bekannten Fälle haben auf die Therapie so gut reagiert, dafs dies für jeden Psychiater ein Fingerzeig sein sollte, in solchen Fällen dasjenige nicht aufser acht zu lassen, was einzig und allein die Kranken von ihren Leiden befreien kann. *Fritz Loeb-München.*

**Der Eiweifsgehalt und die Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis bei Säuglingen mit Lues congenita,** von LEO BARON. (*Jahrb. f. Kinderheilk.* Bd. 19, Heft 1. 1909.) Verfasser sucht die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis für eine möglichst frühe und sichere klinische Diagnose der Lues congenita heranzuziehen, die besonders in Säuglingsheimen von Wichtigkeit ist, wo die Gefahr der Ansteckung von gesunden Ammen durch luetische Säuglinge, die symptomlos zur Welt kommen, besteht. Die umfangreichen Untersuchungen des Verfassers führen aber nicht zu einem verwertbaren Ergebnis. Insbesondere haben weder Feststellung des Eiweifsgehalts noch die cytologische Untersuchung des Liquor eine Bedeutung für die Frühdiagnose der Lues congenita, welche nur von der Serodiagnose zu erwarten ist.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Akute syphilitische Erkrankung des Rückenmarks,** von J. COLLINS und C. G. TAYLOR-New York. (*Amer. Journ. med. Scienc.* 1909. Nr. 2.) Als einen interessanten Beitrag zur Pathologie der syphilitischen Rückenmarkserkrankungen teilen Verfasser hier einen Fall mit, welcher im frühen Stadium acht Monate nach der Infektion zur Autopsie gelangte. Die Hauptmomente in klinischer Beziehung sind folgende: Ein 23jähriger Schauspieler, dem Gebrauche alkoholischer Getränke sehr ergeben, akquirierte im September 1907 ein Primärsyphilid, dem alsbald Läsionen auf der Haut und den Schleimhäuten folgten. Im Dezember bestanden laryngitische Erscheinungen mit totaler Aphonie. Im sechsten Monate nach der Infektion entwickelten sich Steifheit, Schwäche und Parästhesien der unteren Extremitäten nebst einer mäfsigen Behinderung in der Urinentleerung. Diese Störungen erreichten bald einen bedrohlichen Grad, gingen aber unter Behandlung im Krankenhaus schnell so weit zurück, dafs die Entlassung (mit Erscheinungen einer spinalen syphilitischen Paralyse) erfolgen konnte. Wiederaufnahme erfolgte bald wegen Cystitis und ausgedehnter Zerstörungen, namentlich der linken Niere. Tod. Am Rückenmark fielen vor allem Erweichungsgebiete, namentlich am Dorsalteile, auf; dieselben betrafen vorwiegend die hintere Hälfte des Rückenmarks im ersten bis fünften Dorsalsegment; daneben fanden sich Läsionen der Blutgefäfse, Verdickungen und Rundzelleninfiltration in deren Wandungen, Thrombosen und Hämorrhagien. Ferner fanden sich sklerotische Herde, welche zum Teil durch Wucherungen der Gliazellen bedingt waren, hauptsächlich an der Peripherie der Schnitte in den hinteren Bahnen und den hinteren Seitensträngen. Sekundäre Entartung fand sich namentlich in den GOLLschen Säulen, in den geraden Kleinhirnsträngen und dem GOWERSschen Traktus. An vielen Abschnitten des Brustteils fanden sich meningitische Veränderungen. Auch in den CLARKEschen Säulen zeigten sich viele Zellen degeneriert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Fall von syphilitischer Ischias,** von FABRE- und CH. ROUBIER-Lyon. (*Lyon méd.* 1908. Nr. 51.) Beschreibung eines Falles von Ischias bei einem 37jährigen Manne, der vor 14 Jahren syphilitisch infiziert worden war; der Schmerz, der allen anderen Behandlungsmethoden getrotzt hatte, wurde durch Injektionen von Hydrargyrum bijodatum (neun Einspritzungen à 0,01 und neun Einspritzungen à 0,02) vollständig zum Verschwinden gebracht.

Die syphilitische Ischias kommt sowohl im Sekundär- wie im Tertiärstadium häufiger vor, als gewöhnlich angenommen wird; sie zeichnet sich besonders dadurch aus, dafs die an sich schon ungewöhnlich heftigen Schmerzen oft während der Nacht noch stärker werden. Die in anderen Fällen wirksamen Mittel versagen bei ihr vollständig. *Götz-München.*

**Über den Zusammenhang mancher Muskelatrophien der Tabiker mit der Syphilis,** von J. LHERMITTE-Paris. (*Semaine méd.* 1908. Nr. 52.) Verfasser legt an der Hand einer kritischen Besprechung der Literatur dar, dafs man zwei Gruppen

von Muskelatrophie bei Tabes unterscheiden mufs: die eine Gruppe umfafst die als Folgen von Läsionen der spinalen und cerebralen Nerven sekundär entstehenden Atrophien, während es bei der zweiten Gruppe sich um eine Affektion der motorischen Zellen in der grauen Substanz von Medulla und Rückenmark handelt. Diese letzteren sind unabhängig von der Tabes direkt als Äufserungen des syphilitischen Virus aufzufassen und sind auch in gewissem Grade einer antisyphilitischen Behandlung zugängig.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Merkurielle Polyneuritis und Albuminurie bei einem Syphilitischen,** von Juan de Azua-Madrid. (*Revista clinica de Madrid.* 1909. Nr. 1.) Krankengeschichte eines 26jährigen Mannes, der im zweiten Jahre der luetischen Infektion zur Beseitigung einer Periostitis specifica eine Schmierkur durchmacht und im Anschlufs an dieselbe eine schwere Polyneuritis und Albuminurie mit Ödemen bekommt. Azua glaubt die Syphilis als Ätiologie der Polyneuritis und Albuminurie ausschliefsen zu können, weil sich die Symptome jedesmal nach Quecksilberverabreichung verschlimmerten. Der Fall war noch durch eine beiderseitige Sinusitis frontalis kompliziert. welche vielleicht auf den Jodgebrauch zurückzuführen ist. *Gunsett-Strafsburg.*

**Über akute knötchenförmige syphilitische Leptomeningitis und über syphilitische Arteriitis der Hirnarterien,** von Hermann Dürck-München. (*Verhdlg. d. Deutsch. Path. Gesellsch.* 1908. XXXV.) Mitteilung von fünf Fällen, in denen die spezifisch luetische Entzündung sich in Form von umschriebenen Granulomen manifestierte, welche sowohl in der Arachnoidea, wie in der Pia, wie auch in der Aufsenwand gröfserer Gefäfsstämme sich etabliert hatten. Sonstige syphilitische Veränderungen des Zentralnervensystems waren in einem Falle als ältere gummöse Knotenbildungen im Gehirn, in einem anderen Falle als eine relativ frische Pachymeningitis cervicalis vorhanden. Die Aussaat des syphilitischen Virus über die weichen Meningen erfolgt nach Ansicht Dürcks auf dem Lymphwege, d. h. in den grofsen lymphatischen Räumen der Gehirnhüllen. Insofern besteht ein prinzipieller Unterschied zwischen der tuberkulösen und der syphilitischen knötchenförmigen Leptomeningitis, als erstere sehr oft nur eine Teilerscheinung allgemeiner hämatogener Knötcheneruption darstellt. Die umschriebenen Knötchen bestehen entweder nur aus perivaskulär angeordneten Rundzellenhaufen oder aus echten, zentral verkäsenden Gummen.

Die Blutgefäfse des Entzündungsgebietes sind in allen Fällen mehr oder minder stark befallen. Die Intimawucherung bei der luetischen Arteriitis kann unabhängig von der Periarteriitis zustande kommen; sie nimmt ihren Ausgang von der Langhansschen Zellschicht und nicht vom Endothel selbst. Auch im Bereich der Intima entstehende Riesenzellen werden von dieser Schicht gebildet. Die Elastikaneubildung bei der syphilitischen Arteriitis kann durch echte Neubildung elastischer Fasern und Differenzierung aus dem gewucherten Intimagewebe erfolgen. *Schourp-Danzig.*

**Syphilis, Tabes und Erkrankungen des Herzens und der Gefäfse,** von Luigi Parola. (*Morgagni.* 1909. Nr. 1.) Der Artikel enthält nichts Neues. Erwähnenswert ist nur eine Statistik über 93 Tabesfälle. Von diesen konnte bei 39 Syphilis nachgewiesen werden, bei 13 war sie wahrscheinlich, bei 52 (55,55%) waren keine luetischen Antecedentien nachweisbar. Die Tabes trat auf:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| bei | 4, | welche keine Kur gemacht hatten, | | | nach | 8 Jahren |
| „ | 13, | „ 1 | „ | „ „ | „ | 10 „ |
| „ | 4, | „ 2 | Kuren | „ „ | „ | 9 „ |
| „ | 2, | „ 3od. mehr | „ | „ „ | „ | 8 „ |
| „ | 16, | bei denen nichts darüber eruiert wurde, | | | „ | 13 „ |

Die frühere Merkurialisierung hatte also keinen Einflufs auf die Dauer der Latenzperiode. *Gunsett-Strafsburg.*

**Pericarditis exsudativa luetica im Eruptionsstadium mit Ausgang in vollkommene Heilung**, von Josef Wacher-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 21. Jan. 1909.) Ein junges, vorher vollkommen gesundes Mädchen zeigt im Eruptionsstadium der Syphilis Symptome einer exsudativen Pericarditis. Die Diagnose konnte per exclusionem und durch den Erfolg der energischen Behandlung sichergestellt werden. Vollkommene Heilung. Daraus geht unter anderem hervor, daſs für die als spezifisch luetisch angesehenen Gefäſserkrankungen (Abortitiden usw.) schon im Eruptionsstadium der Boden geschaffen werden kann. *W. Lehmann-Stettin.*

**Über Aorteninsufficienz und Lues**, von Julius Citron - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 48.) Diese sehr beachtenswerte Arbeit sucht auf dem Wege der serologischen Untersuchung der Frage nach dem Zusammenhange der Mesaortitis syphilitica (Heller) bezw. schwieligen Sklerose (Marchand) = Mesaortitis productiva (Chiari) mit der Syphilis näherzukommen. Die Untersuchungen der pathologischen Anatomen (Chiari) haben gezeigt, daſs die Mesaortitis productiva eine auſserordentlich häufige Komplikation der Lues darstellt. Klinische Beobachter (Müller und Rogge) fanden, daſs sich unter 24 Fällen 15 mal Tabes dorsalis und Aortenveränderungen kombiniert nachweisen lieſsen. C. gewinnt aus 52 Fällen der Krausschen Klinik etwas geringere Werte: mit Einschluſs der Luesverdächtigen 36,3%.

Es wurden 19 Fälle serologisch untersucht. Davon gaben 62,6% der reinen Aorteninsufficienzen bezw. 58% bei Einschluſs der kombinierten Vitien positive Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion. C. spricht sich dahin aus, daſs die Lues eine weit häufigere Ursache besonders der reinen Form der Aorteninsufficienz ist, als die Anamnese und selbst der klinische Befund vermuten läſst. Insbesondere in den Fällen, in denen Gelenkrheumatismus nicht in Frage kommt, ist die Lues in erster Reihe zu berücksichtigen. Aber selbst, wo ein Gelenkrheumatismus, eine andere Infektion oder toxische Noxen, wie Metallvergiftungen, Alkohol- und Nikotinabusus angegeben werden, wird es gut sein, auſserdem noch auf Lues zu untersuchen.

Wie sehr bald nach der Infektion die Aorta erkranken kann, lehrt Fall Nr. 1. Dieser Patient bekam wenige Wochen nach Auftreten des Primäraffektes (Reinfektion nach zehn Jahren) eine spezifische Angina, Iritis und dann Aorteninsufficienz.

Endlich wird noch ein Fall beschrieben, wo bei einem 60jährigen Mann mit negativer Luesanamnese und positiver Seroreaktion bei der Sektion als einziges Luessymptom eine beginnende Mesaortitis sich fand, welche im Leben noch keine Symptome veranlaſst hatte. Dieser Befund bestärkt C. in seinem Bestreben, Patienten mit positiver Luesreaktion spezifisch zu behandeln, um die Lues soweit als möglich zu beseitigen. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Luetische Arrosion der Carotis-Verblutung**, von Bresovszky und Eutz-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1908.) Ein 32jähriges Mädchen akquirierte eine Lues vor sechs Jahren. Sie wurde regelrecht behandelt mit Quecksilber. Trotzdem kehrte sie mehrere Male wegen ihrer von Anfang an malignen Krankheit ins Spital zurück. Nach vier Jahren traten bei ihr Ulcerationen des Septum narium auf. Diese Destruktion dauerte schleichend weiter. Der Nasensattel wurde, durch Nekrose und Verlust von Beinstückchen, eingefallen. Eine Eiterung und ein übler Geruch blieb wegen des Fortschreitens der Krankheit — trotz der Behandlung — unbehoben. Einmal in der Nacht trat eine heftige Blutung von der Nase und Mund ein. Durch Tamponade der Nase wurde sie gestillt, jedoch am Tage ward die Blutung unstillbar und so heftig, daſs die Patientin in einigen Minuten tot war. Bei der Sektion fand man die Art. Carotis int. arrodiert, die Wandung bis in das Lumen durchgefressen, doch sonstige luetische Veränderungen konnten bei ihr nicht gefunden werden.

*Porosz-Budapest.*

**Syphilitische Phlebitis der oberen Extremität,** von RIMBAUD und RÉVEILHE. (*Montpellier méd.* 1909. Nr. 3.) Ein 35jähriger Mann, der vor sieben Jahren Lues hatte, bekommt eine allmählich auftretende Schwellung des rechten Oberarms, die mit mäfsigen Schmerzen, Ödem und Hautvenenschwellung einhergeht. Nur der Oberarm bis in die Schultergegend hinein ist betroffen, so dafs sich der Arm keulenförmig zum Vorderarm verjüngt und die Hand beinahe vollständig von Schwellung frei bleibt. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Phlebitis der Venae scapulares, akromiales et thoracicae. Heilung mit Injektionen von Hydrarg. bijodatum.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Die Bedeutung der Quecksilberreaktion bei der Diagnose der Syphilis,** von F. CURIONI-London. (*Lancet.* 19. Dez. 1908.) Um für die Tatsache, dafs syphilitische viel gröfsere Dosen Quecksilber vertragen als gesunde Individuen, eine Erklärung zu finden, führte C. eine Reihe von Untersuchungen aus, indem er bei 30 Syphiliskranken und bei 20 gesunden Freunden subcutane Injektionen von 0,01 Sublimat verabreichte und den in den folgenden 24 Stunden entleerten Urin auf Hg nach der VITALIschen Methode (welche im Detail hier angegeben ist) untersuchte. Er konstatierte, dafs bei den Kranken im floriden Stadium sämtliches oder fast sämtliches Quecksilber im Körper verblieb, während gesunde Personen und Patienten, deren Infektion schon zehn bis zwölf Jahre zurücklag, deutlich nachweisbare Mengen mit dem Urin entleerten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über die Frühbehandlung der Syphilis,** von v. WAHL. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 3, S. 82.) Jetzt, wo die Diagnose der Syphilis durch den Befund der Spirochaeta pallida schneller ermöglicht wird, als früher, und demnach eine frühzeitige Behandlung der Syphilis zu neuer Erwägung kommt, berichtet von WAHL über die Resultate der schon seit Jahren an der Poliklinik von Prof. v. PETERSEN in Petersburg geübten Frühbehandlung, sobald die klinische Diagnose der Syphilis feststeht, selbst nur auf Grund eines harten Schankers. Die Versuche ergaben, dafs je früher die Behandlung einsetzt, desto leichter der Verlauf sich gestaltet. Beginnt z. B. die Behandlung zwei oder drei Wochen nach der Infektion, so treten gewöhnlich keine Allgemeinerscheinungen auf oder dieselben äufsern sich nur in vereinzelten Papeln auf der Zunge oder im Rachen, aber nicht auf der Haut. Ein je längerer Zeitraum seit der Infektion verstrichen ist, um so weniger ist es möglich, die Entwicklung der sekundären Erscheinungen zu verhüten. Verfasser hat somit den Eindruck gewonnen, dafs eine frühzeitige Behandlung der Syphilis mit Quecksilber die syphilitische Infektion abschwächt. Ein sicheres Urteil könnte natürlich nur eine jahrelange Beobachtung der Kranken ermöglichen, was freilich bei einem poliklinischen Material unausführbar ist.

*Arthur Jordan-Moskau.*

**Weitere Beiträge zur ätiologischen Therapie der Syphilis,** von LUDWIG SPITZER-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 1.) SP. hat schon 1905 auf der Naturforscherversammlung in Meran und 1906 auf dem Dermatologenkongrefs in Bern über Versuche zur aktiven Immunisierung Luetischer nach der von KRAUS angegebenen, der PASTEURschen Tollwutimpfung nachgebildeten Methode berichtet; er konnte in Bern mitteilen, dafs von 20 luetisch infizierten Personen, die mit Injektion von Sklerosenextrakt behandelt worden waren, sieben frei von Sekundärerscheinungen geblieben sind. Diese sieben Fälle sind seitdem weiter verfolgt worden; während einer $2^1/_2$—4jährigen Beobachtungszeit sind bei ihnen ebenso wie bei drei vor $1^1/_2$ bis $2^3/_4$ Jahren neu hinzugekommenen Fällen Allgemeinsymptome nicht aufgetreten. Bei den drei neuen Luetikern wurden je 18—20 Injektionen von wässerigem Sklerosenextrakt in einer von 1 : 200 bis 1 : 20 steigenden Konzentration gemacht, lokale oder allgemeine Reaktion zeigten sie ebenso wenig wie die ersten sieben Fälle. Einer der

zehn Patienten hat sich 2½ Jahre nach vorgenommener Immunisierung reinfiziert: er bekam eine frische Sklerose, in der reichlich Spirochäten nachzuweisen waren, und nach der entsprechenden Zeit ein syphilitisches Exanthem. *Götz-München.*

**Arsacetin bei Syphilis,** von G. Heymann-Dresden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 50.) H. hat 31 Syphilisfälle mit Injektionen des von Neisser empfohlenen Arsacetins, eines Atoxylderivates, behandelt und festgestellt, daſs das Mittel für sekundäre Lues eine symptomatische Heilwirkung besitzt, die aber lange nicht so sicher und anhaltend ist wie die des Quecksilbers. Arsacetininjektionen vermögen bei primärer Lues angewendet das Auftreten von Sekundärerscheinungen nicht hintanzuhalten, bei sekundärer Lues kommen Rezidive schon während der Kur vor. In sieben von den 31 Fällen wurden ziemlich schwere Intoxikationserscheinungen — Kopfschmerzen, Üblichkeit, Erbrechen und Nephritis, in einem Falle wahrscheinlich eine beginnende Neuritis — beobachtet, die allerdings dank dem rechtzeitigen Aussetzen des Mittels keine schlimmen Folgen hatten. In drei Fällen blieb die Arsacetinkur völlig unwirksam. — Die bei einem Patienten bestehende, schon lange vergeblich behandelte Urticaria chronia verschwand nach der zweiten Arsacetininjektion. *Götz-München.*

**Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Acidum arsenicosum,** von Hr. O. Rosenthal. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 49.) Bei einem 43 jährigen Mann, der sich vor sieben Jahren infiziert hatte und kaum mit Hg behandelt war, entwickelte sich seit fünf Jahren ein fortschreitender Prozeſs im Rachen und im Munde. Da eine Inunktionskur zu starker Gingivitis führte, wurde die Behandlung mit Arseninjektionen (innerhalb von 34 Tagen 0,544 Acidum arsenicosum) erfolgreich fortgesetzt. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Therapeutische Versuche mit Enesolinjektionen bei Tabes und Paralyse,** von Karl Hudovernig-Budapest. (*Elme és Idegkórtan*, Nr. 3—4. Beiblatt zur *Orvosi Hetilap.* 1908.) Der Verfasser ist zwar nicht in der Meinung, daſs Tabes und Paralyse unbedingt in ursächlichem Zusammenhange mit der Lues stehen, doch hält er die antiluetische Behandlung für zulässig: 1. Wenn die Lues drei bis sechs Jahre vor der Nervenerkrankung auftrat; 2. wenn die Lues nicht rechtzeitig oder unvollkommen behandelt wurde; 3. wenn die Nervenkrankheit nicht vorgeschritten, und der Kräftezustand des Patienten entsprechend gut ist; 4. wenn zugleich andere luetische Erscheinungen vorhanden sind. Auf Grund dieser Indikationen hat er die Kur mit Enesolinjektionen begonnen. Dem Arsen mutet er nicht nur eine roborierende Wirkung zu, sondern auch eine antiluetische. Von elf Fällen bemerkte er dreimal auch eine materielle Besserung, ja sogar Heilung der Erscheinungen. Wenn solche nicht zu beobachten waren, so trat zum mindesten eine Erleichterung der subjektiven Erscheinungen (lanzinierende Schmerzen) auf, oder sie blieben ganz weg. Solche Fälle waren von elf, achtmal zu beobachten. Von elf Fällen hörten die Urinbeschwerden viermal auf. In leichten Fällen von Tabes ist nach Enesolinjektionen auch an den materiellen Erscheinungen eine Besserung, ja sogar Heilung wahrzunehmen. In vorgeschrittenen Fällen ist eine subjektive Erleichterung zu erwarten. *Porosz-Budapest.*

**Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis,** von G. G. Stopford Taylor-Liverpool. (*Lancet.* 30. Jan. 1909.) Verfasser ist mit den intramuskulären Injektionen von grauem Öl sehr zufrieden. Er hat dieselben seit vier Jahren ausgiebig verwendet und findet, daſs viele Patienten diese Behandlungsmethode entschieden bevorzugen. Eizelheiten der Technik sowie einige Bemerkungen über sonstige Behandlungsarten sind auch beigefügt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Zur Syphilisbehandlung mit grauem Öl,** von Geyer-Zwickau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) Eine brauchbare Injektionsmasse, in welcher noch nach Wochen das Hg unterm Mikroskop eine absolut feine Verteilung aufweist, stellt sich

G. folgendermaſsen her: In einer weithalsigen Flasche werden 10 g Olivenöl gekocht; diese läſst man gut verschlossen auf etwa 40° abkühlen, worauf 30 g einer 33¹/₃%igen Hg Mitinsalbe (Krewel & Co., Cöln) zugesetzt werden. Nach gründlichem Schütteln wird die Masse noch warm auf gut graduierte Spritzen gefüllt, welche in einem Formalinkasten keimfrei aufbewahrt werden. Alle fünf bis sieben Tage wird nach gelindem Erwärmen ¹/₄ bis ¹/₂ Spritze injiziert. Verfasser rühmt dem Präparate noch besonders nach, daſs es nur geringe Schmerzen verursache.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über Mergal und seine Wirkung,** von Vorschulze-Leipzig. (*Repertorium d. prakt. Med.* 5. Jahrg., Heft 9.) Nichts Neues. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Was leistet gegenwärtig die innere Behandlung der Syphilis?** von Köhler-Leipzig. (*Fortschr. d. Med.* 1908. Nr. 28.) Empfehlung des Mergals.

*Arthur Schucht-Danzig.*

d. *Malleus.*

**Beobachtungen über Rotz beim Menschen,** von J. M. Bernstein und E. R. Carling-London. (*Brit. med. Journ.* 6. Febr. 1909.) Verfasser verfügen über sechs Fälle von Infektion mit dem Bacillus mallei, von denen drei tödlich, drei mit Genesung endeten. Der Modus der Übertragung war niemals präzise nachzuweisen, aber in allen Fällen waren die Kranken durch die Art ihrer Beschäftigung mit Pferden in Berührung gekommen. Während die chronisch verlaufende Form im allgemeinen noch eine leidlich günstige Prognose gibt, ist die stets drohende Möglichkeit des Übergangs in die äuſserst infauste akute Form dringend zu berücksichtigen. Zur Stellung der Diagnose hat sich die Malleinprobe sehr bewährt. Der mikroskopische Nachweis der Rotzbazillen ist oft ungemein schwierig, namentlich wegen der geringen Zahl derselben. Als beste Färbemethode erwies sich die Verwendung von Karbolthioninblau oder von Karbolgentianaviolett nach vorheriger Behandlung mit Essigsäure. Namentlich für Gewebsschnitte erwies sich dieses Verfahren als nützlich. Andererseits sind die Inokulationen (Bauchhöhle von männlichen Meerschweinchen) und Kulturen auf Kartoffel nicht zu entbehren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Verschiedenes.

**Über einige Gesichtspunkte, die bei der Errichtung von klinischen Abteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu beachten sind,** von Hans Assmy. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 47.) Die Abteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten dürfen sich von den anderen Krankenhausabteilungen äuſserlich nicht unterscheiden; dementsprechend muſs auch die an sich schon ungerechtfertigte Abschlieſsung der Abteilungen unterbleiben. — Die Anlage von isolierten Spezialkrankenhäusern empfiehlt sich nicht; die nötigen Abteilungen sind vielmehr den bestehenden allgemeinen Krankenhäusern anzugliedern. — Die Zahl der für einen Assistenten zur Behandlung vorgesehenen Patienten darf im Maximum 60 nicht überschreiten. — Auf den Abteilungen muſs sich ein kleines histologisch-bakteriologisches Laboratorium befinden. Ferner müssen die Abteilungen mit den zur Lichtbehandlung dienenden Apparaten ausgestattet sein. Die Behandlung der Patienten hat durch die Assistenten der Abteilungen zu erfolgen. Für die Sonderung der Krankheitsarten braucht weniger

der Gesichtspunkt der Infektiosität als der möglichster Übersichtlichkeit und Bequemlichkeit ausschlaggebend zu sein, da eine konsequente Isolierung doch nicht durchführbar ist. Die Tageräume sind so anzulegen, daſs ihre Überwachung durch Ärzte und Personal ohne Umstände für die letzteren jederzeit erfolgen kann.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die Wahl der Strahlenqualität und Röhrentypen für röntgentherapeutische Zwecke nach neueren Gesichtspunkten,** von H. E. Schmidt-Berlin. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XIII, Heft 3. 13. Febr. 1909.) Die für oberflächliche Hauterkrankungen empfohlenen ganz weichen Röhren sind unzweckmäſsig, da die wirklich weiche Strahlung schon von der Röhrenwand zurückgehalten wird, und die vorhandene, zur Wirksamkeit gelangende mittelweiche Strahlung sich in mittelweichen Röhren in gröſserer Quantität findet. Ebenso unpraktisch ist die Verwendung harter Röhren für tiefer liegende Prozesse, da die zur Absorption eines bestimmten Strahlenquantums erforderliche Expositionszeit nicht für die Haut, sondern auch für die tiefer gelegenen Organe in gleicher Weise wächst. Andrerseits sind aber die Begriffe „Absorptionsfähigkeit für Röntgenstrahlen“ und „Radiosensibilität“ nicht identisch, da die Röntgenempfindlichkeit eines Gewebes nicht nur von der Dichtigkeit abhängt, sondern in erster Linie der Stoffwechselgröſse der Zelle proportional ist; vielleicht auch in Beziehung zum Lecithingehalt steht. Die mittelweiche Röhre ist aber auch deshalb am empfehlenswertesten, weil sie sich am besten lange Zeit konstant erhält. Nach Verfassers Erfahrungen erhalten sich Röhren mit metallhinterlegter Antikathode länger und leichter konstant als solche mit Wasserkühlung. *W. Lehmann-Stettin.*

**Charles Darwin.** Vortrag gehalten in der wissenschaftlichen Vereinigung in Hamburg am 23. November 1908, von Alfred Schober. (Verlag von Leopold Voss, Hamburg und Leipzig, 1909.) Ein präziser Abriſs über den Werdegang Darwins und die Entstehung seiner Anschauungen und Werke, der in gleicher Weise den Resultaten seiner groſszügigen Denkweise und ihrer heutigen Bewertung, wie der schlichten Gröſse seiner Persönlichkeit gerecht wird. Entstanden im Hinblick auf die hundertjährige Wiederkehr des Geburtstages von Darwin (12. Februar 1809), ist das Schriftchen durch seine einfache und klare Ausdrucksweise auch zur Verbreitung unter Laien sehr geeignet und emfehlenswert. *W. Lehmann-Stettin.*

**Jodtinktur zum Sterilisieren der Haut des Operationsfeldes,** von F. J. W. Porter-Colchester. (*Brit. med. Journ.* 6. Febr. 1909.) Verfasser hat mit diesem, von anderer Seite schon (s. Eiselsberg, Grossich) empfohlenen Verfahren gute Resultate erzielt. Am Tage vor der Operation nimmt der Patient ein Bad und wird tüchtig abgeseift, ohne aber die Haut irgendwie stärker zu bürsten oder zu scheuern. Das Operationsfeld wird trocken eingewickelt, und es wird nichts weiter angewandt als eine Pinselung mit Jodtinktur (1 : 10) einmal vor und einmal nach der Anästhesierung und wiederum beim Schluſs der Operation nach dem Anlegen der Nähte.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. № 8. 15. April 1909.

## Papulo-erosive Syphilide zehn und dreizehn Jahre nach der Infektion.

Von

Dr. JAN PAPÉE-Lemberg.

In Nr. 2 *dieser Zeitschrift* vom Januar 1909 veröffentlichte NIELSEN aus Kopenhagen einen Fall, in welchem neun Jahre nach der Infektion die sekundären Erscheinungen als papulo-erosive Syphilide auftraten, welche man sonst gewöhnlich nur im frischen Stadium der Krankheit zu sehen bekommt.

Als charakteristische Zeichen hebt NIELSEN hervor: spätes Auftreten dieser Erscheinungen — im neunten Jahre nach der Infektion —, eine mehr ungewöhnliche Lokalisation derselben, d. h. auf den Gaumenbögen und Mandeln, endlich ihren Typus, der sich nicht, wie gewöhnlich als eine ganz oberflächliche Form darstellte (rein erosiver Typus). Tatsächlich müssen wir als die richtige diese Anschauung anerkennen, welche ja durch die tägliche Erfahrung bestätigt wird, daſs die sog. spätsekundären Erscheinungen, wenn sie nach dem akuten — scilicet — Stadium der Krankheit, d. h. nach ein bis vier Jahren nach erfolgter Infektion auftreten, sich auf rein oberflächliche Erosionen begrenzen und sich hauptsächlich auf den Schleimhäuten der Lippen oder der Zunge (maculae) lokalisieren, und daſs wir als verursachendes Moment das übermäſsige Rauchen zu betrachten gewohnt sind.

Deshalb müssen wir solche Fälle als selten betrachten, bei welchen der Charakter der Erscheinungen, welche spät nach der Infektion auftreten, vom gewöhnlichen Typus abweicht.

Aus meiner Privatpraxis erinnere ich mich genau an zwei solche Fälle, von welchen der erste noch aus diesem Grunde als charakteristisch erscheint, daſs es hier nämlich angeblich zu keiner Übertragung der Infektion auf Frau und Kinder des Kranken gekommen war.

Feststellen muſs ich hier, daſs der erste dieser Fälle während der ganzen zehnjährigen Krankheitsdauer ständig unter meiner Beobachtung und Behandlung sich befand und zwar so, daſs ich den Kranken der

häufigen Rezidive wegen, in Zeiträumen von einigen bis etlichen Wochen zu untersuchen Gelegenheit hatte.

Beim Patienten G., welcher mich zum ersten Male am 30. April 1898 konsultierte, stellte ich zwei primäre Geschwüre an der inneren Präputiallamelle von etwa zweiwöchentlicher Dauer fest; die Leistendrüsen an der linken Seite waren stark vergröfsert und induriert. Am 11. Mai sind die Geschwüre mit Zurücklassung eines charakteristischen Infiltrates verheilt. Am 22. Mai habe ich trotz eines sehr schwachen makulösen Exanthems (sechs bis acht Flecke auf der Haut des Oberkörpers) Einreibungen ordiniert, von denen der Patient 30 zu 2,0 g genommen hat. Das erste Rezidiv erfolgte am 22. Oktober 1898 in Form von Psoriasis palmaris et plantaris; die Einreibungen wurden wiederholt. Der weitere Verlauf der Krankheit in den ersten vier Jahren stellte keine charakteristischen Momente, was die Art der Krankheitserscheinungen anbelangt, dar; eigentümlich war nur die Häufigkeit der Rezidive trotz der wiederholt angewendeten symptomatischen und vorbeugenden Behandlung, in diesem Zeitraume hat nämlich der Kranke 70 Einreibungen und 15 Injektionen von Hydr. bichl. coros. (zu 0,01) erhalten. Der erwähnte Krankheitszustand dauerte bis zum Jahre 1902. Im Mai dieses Jahres stellte ich nässende Papeln des Gaumens, der unteren Lippe und der Rektalschleimhaut fest und während der Dauer dieser Erscheinungen heiratete der Kranke, ohne meinen Rat einzuholen, sondern noch diese Tatsache vor mir verheimlichend. Ich habe dies erst später erfahren, und zwar bei der nächsten Untersuchung am 19. Oktober 1902, bei welcher ich Maculae utr. marginis linguae, papulae recid. labii or. et frenuli praep. feststellte. Im Jahre 1903 erschien der Kranke zweimal bei mir, und zwar wegen oberflächlicher Erosionen der Lippe und der Zunge und im Jahre 1904 (24. Mai) stellte ich bei ihm folgenden Befund fest: „Perforatio arcus anter. sin., papulae recent. arc. pal. gl. dextr. et mucosae buccae dextr. ac orbicul. scroti.“ Dabei habe ich erfahren, dafs man ihm im Militärspitale, während einer Militärübung im Juli 1903, wegen Halsschmerzen 30 Einreibungen ordiniert hatte. Diese letzteren Krankheitserscheinungen, mit einem schon ganz deutlich späten Charakter, traten daher sechs Jahre nach der Infektion auf und, was hier besonders hervorgehoben werden mufs, unter gleichzeitigem Auftreten von Krankheitserscheinungen, welche offenkundig Früherscheinungen entsprachen (nässende Papeln). Nach 15 Inunktionen verschwanden die frühen Krankheitserscheinungen. Die Perforationsöffnung veränderte sich natürlich nicht. Ein Jahr nach dem Auftreten der erwähnten Perforation (im Juli 1905) erschien bei mir der Kranke mit folgenden Krankheitserscheinungen: „Papulae lab. oris, apilis et marg. linguae, pallati mollis et scroti“, welche nach zehn Sublimatinjektionen verschwanden; im Sommer 1906 Krankheitserscheinungen desselben Charakters und an

denselben Stellen. Nach Anwendung von Inunktionen ein Jahr Ruhe, dann im Herbst 1907 erneutes Rezidiv. Endlich im Jahre 1908, also zehn Jahre nach der Infektion, einmal im März, das nächste Mal im Juli nässende Papeln in den Mundwinkeln, auf beiden Lippen, am weichen Gaumen und auf der Zunge und ferner Ulcus serpiginosum scroti, welche nach zehn Sublimatinjektionen verschwanden. Vor vier Wochen (im Januar 1909) erneute Papeln auf den Gaumenbögen und der Zunge. Alle die beschriebenen Veränderungen hatten das charakteristische Aussehen der im Beginne der Syphilis auftretenden Papeln, rundliche Ulcerationen mit scharf begrenzten Rändern, über die Oberfläche hervortretend, grau belegt.

Ich habe bereits erwähnt, daſs der Kranke vier Jahre nach erfolgter Infektion eine Ehe einging; zur Vervollständigung des Krankheitsbildes muſs ich daher noch hinzufügen, daſs der Kranke bis heutigen Tages behauptet, daſs seine Frau, wie auch zwei in diesem Zeitraum geborene Kinder (ein fünfjähriges und ein dreijähriges) sich einer vollständigen Gesundheit erfreuen; auch abortierte die Frau niemals. Ich hatte keine Gelegenheit, die erwähnten Personen weder zu untersuchen noch zu sehen, den Versicherungen des Mannes über ihren Gesundheitszustand schenke ich jedoch keinen vollständigen Glauben, worauf ich noch später zurückkommen will.

Der zweite, nicht so hartnäckige Fall, betrifft einen Kranken, bei welchem das primäre Geschwür und die ersten allgemeinen Krankheitserscheinungen im Jahre 1891 aufgetreten waren. Im Jahre 1895 konstatierte ich eine Durchlöcherung der Nasenscheidewand. Im Jahre 1899 Pap. exulc. frenuli ling. et exanthema maculo-papulosum trunci ac extremitatum ulcera subtarda femoris utr. Im Februar und August 1900: Pap. permultae lab. or. utr., psoriasis palmae manus. Im Jahre 1904, also 13 Jahre nach der Infektion: Papulae excor. scroti, leukopl. oris. Eine neue Infektion, reinfectio, ist ausgeschlossen. Der Patient kurierte sich lässig und unterbrach jedesmal die weitere Behandlung, wenn die krankhaften Veränderungen zurücktraten; Einreibungen hat er während der ganzen Krankheitsdauer 65 erhalten. Das Aussehen der Veränderungen war ganz analog mit dem im ersten Falle beschriebenen.

Der erste der von mir beschriebenen Fälle fällt nicht etwa durch eine besondere Bösartigkeit der Krankheitserscheinungen auf, da diese einen solchen Charakter nicht besaſsen, sondern im Gegenteil sogar sehr rasch infolge der Behandlung, und zwar auch oft nur infolge einer rein örtlichen Behandlung, verschwanden. Auffallend ist jedoch die Entwicklung und der Verlauf der Erkrankung, sowohl durch das häufige Auftreten der Krankheitserscheinungen und ihrer Hartnäckigkeit trotz einer intensiven Behandlung, als auch durch den Charakter derselben, welche bis zuletzt

die Kennzeichen von Früherscheinungen an sich trugen. Ein solcher Verlauf konnte weder auf Grund des Verhaltens des primären Geschwüres, welches bei entsprechender Behandlung rasch verheilte ohne, wie es in den schwereren Fällen gewöhnlich vorkommt, ein grofses, tiefes und starres Infiltrat zurückzulassen, noch ferner auf Grund des Verhaltens der Lymphdrüsen, welche meist schon im vorhinein die Ungewöhnlichkeit dieses Verlaufes durch ihre übermäfsige und hartnäckige Vergröfserung verraten, noch auch auf Grund der Initialerscheinungen, welche sich durch ein ziemlich unbedeutendes Exanthem manifestierten. Auch die Eigentümlichkeiten der Konstitution des Kranken können einen solchen Verlauf nicht rechtfertigen; der Patient besafs nämlich einen ziemlich guten Ernährungszustand und Körperbau, sah gesund aus, war nicht skrophulös, beging keine Excesse in Baccho und Venere, rauchte mäfsig und war ferner um seine Gesundheit sehr besorgt, was durch den Umstand bewiesen werden könnte, dafs er auch wegen der geringsten Krankheitserscheinung den ärztlichen Rat einholte.

Aufser diesem Verlaufe möchte ich hier gerne im einzelnen noch zwei Momente hervorheben: Das in beiden zitierten Fällen konstatierte Auftreten von Späterscheinungen gleichzeitig mit Früherscheinungen und das fortgesetzte Auftreten dieser letzteren im Verlaufe von weiteren vier resp. neun Jahren nach dem Entstehen der Perforation. Obwohl die Möglichkeit einer solchen Gleichzeitigkeit dieser Krankheitserscheinungen in der Literatur nicht geleugnet wird, so mufs man dieselbe doch unleugbar als etwas Seltenes ansehen. Ich erinnere mich nicht, mehr als diese zwei erwähnten Fälle sowohl in meiner langjährigen Spitalpraxis, wie auch in meiner Privatpraxis gesehen zu haben.

Bei dieser Gelegenheit kann ich aber die Bemerkung nicht unterdrücken, dafs bei gleichzeitiger Konstatierung von derlei Veränderungen wie die alte Perforation und die frischen Krankheitserscheinungen, welche nach ihrem Aussehen sich eben als frische Krankheitserscheinungen darstellen, bei einem Arzte, welcher den Verlauf der Krankheit von Beginn an nicht kennt, sehr leicht Zweifel aufkommen können, ob er es nicht mit einer Neuinfektion zu tun hat, was in meinen beiden Fällen vollständig ausgeschlossen ist.

Als zweites charakteristisches Moment tritt die Frage der Infektiosität der Erkrankung hervor, welche unzweifelhaft sich sogar nach so vielen Jahren der Krankheitsdauer erhält, und trotz unleugbarer Beweise des Bestehens einer Lues tarda. Die Möglichkeit einer solchen Infektiosität war ja mit vollem Recht von Fournier für die Zeitdauer von vier bis sechs und sogar bis 18 Jahren nach der Infektion anerkannt. In meinem ersten Falle besitze ich zwar keinen Beweis „ad oculos“, im Gegenteile behauptete der Patient, dafs Frau und Kinder gesund seien. In dieser

Hinsicht hege ich aber gewisse Zweifel und bekenne mich offen dazu, der Ansicht des Patienten keinen Glauben zu schenken. Einerseits besitzen wir doch einen unleugbaren Beweis dafür, daſs der Krankheitskeim im Organismus sich befindet, im Auftreten der Krankheitserscheinungen, welche sich in nichts von den im Frühstadium der Krankheit beobachteten Erscheinungen unterscheiden und von welchen wir bestimmt wissen, daſs sie infektiös sind. Andererseits hat mich meine langjährige Erfahrung belehrt, daſs man bei der Konstatierung der Lues im Organismus (und zwar im weiblichen Organismus) von ärztlicher Seite nicht genug vorsichtig sein kann. Diese Behauptung findet ihre Stütze in meiner Beobachtung des Verlaufes der Lues bei Frauen; in der Mehrzahl der Fälle konstatieren wir nämlich bei ihnen keine primären Veränderungen an dem äuſseren Genitale und erst das Hervortreten von allgemeinen Krankheitserscheinungen klärt uns über die stattgefundene Infektion auf; daſs aber die letzteren sehr milde und für die Kranke selbst unmerklich verlaufen können, bleibt unzweifelhaft. Ich könnte viele Beispiele aus meiner eigenen Praxis zur Bekräftigung des vorhin angeführten mitteilen; es liefern sie vor allem die Fälle von Luesinfektion von Frauen in der Ehe, in welchen Fällen die Beobachtung vom ersten Anfange der Krankheit an ermöglicht ist. Ähnliche Fälle sah ich auch unter den Prostituierten, welche ich durch eine lange Reihe von Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte und bei welchen, vom Beginne der Berufsausübung angefangen, gar keine Veränderungen konstatiert wurden, und zwar weder primäre an den äuſseren Genitalien, noch allgemeine Erscheinungen in Form irgendwelcher Krankheitserscheinungen, sei es auf der Haut oder auf den Schleimhäuten. Die betreffenden Prostituierten rühmten sich selbst mit ihrer Gesundheit und erklärten nicht zu wissen, was venerische Krankheiten seien, und dennoch kamen bei ihnen nach einer Reihe von Jahren die Anzeichen der Gehirnsyphilis zum Vorschein.

Aus meiner Privatpraxis erlaube ich mir einen Fall mitzuteilen, in welchem tertiäre Lues bei einer Person hervortrat, welche trotz ihrer Intelligenz niemals irgendwelche Veränderungen an sich beobachtet und sich immer als gesund angesehen hatte. Der Fall betrifft eine 52jährige verheiratete Frau, welche im Jahre 1905 bei mir eines groſsen Geschwürs von charakteristischem Aussehen am Fuſsrücken wegen vorsprach. Die nähere Untersuchung ergab Narben und einen Defekt des rechten vorderen Gaumenbogens. Die Heilung erfolgte nach Anwendung von Jodkalium. Im Jahre 1908 erschien sie wieder bei mir wegen eines Hals- und Nasenleidens; ich konstatierte Geschwüre an der rückwärtigen Rachenwand, eine Infiltration des Zäpfchens und der Gaumenbögen linkerseits, Geschwüre und eine Infiltration in der linken Nasenöffnung und beginnende Perforation des Gaumens. Nach Anwendung von Inunktionen und Jod-

kalium traten diese Veränderungen zurück. Dieses Weib war seit dreifsig Jahren verheiratet, hatte zehnmal geboren, darunter sind fünf Kinder (im Alter von 17—29 Jahren) am Leben, zwei starben; die drei ersten waren Fehlgeburten. Sie leugnete, je irgendwelche Krankheitserscheinungen durchgemacht zu haben, welche auf Lues hin zu deuten wären.

Diese zwei charakteristischen Merkmale im Verlaufe der Syphilis bei den Frauen, d. h. das öftere Fehlen von primärer Affektion auf den äufseren Genitalien in Verbindung entweder mit unbedeutenden allgemeinen Krankheitserscheinungen, welche die Aufmerksamkeit der Kranken nicht auf sich lenkten, oder mit dem vollständigen Fehlen dieser Erscheinungen, brachten mich auf den Gedanken, ob nicht die sog. Immunität solcher Frauen, welche ein von väterlicher Seite syphilitisches Kind geboren hatten (das sog. Gesetz von Colles-Baumé) eigentlich nichts anderes darstellt, als eine Luesinfektion von der vorhin erwähnten Art oder kurzgefafst eine latente Lues.

In dem von mir beschriebenen Falle kann ich auch nicht ernstlich der Behauptung des kranken Vaters, dafs seine Kinder gesund seien, widersprechen. Zu dieser Ansicht brachten mich so auffallende Beispiele, wie jenes, welches ich vor einigen Monaten zu beobachten Gelegenheit hatte: ich untersuchte eine Mutter, deren Genitalien und die innere Fläche der Oberschenkel vollständig mit nässenden Papeln bedeckt waren, so dafs sie genötigt war, das Bett zu hüten, weil das Gehen ihr erschwert war; neben ihr, an der Brust, lag ein elf Monate altes Kind, ausgezeichnet entwickelt, sehr gut ernährt, voll und rosig, ohne eine sichtbare Krankheitserscheinung und nach der Angabe der Eltern von Geburt an „vollständig gesund". (Den Mann dieser Kranken und Vater des Kindes hatte ich vor einem Jahre an Syphilis in Behandlung.)

---

# Versammlungen.

**Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.**
**10. Kongrefs gehalten zu Frankfurt a. M., 8.—10. Juni 1908.**

Herausgegeben von K. Herxheimer.

(Mit 15 Tafeln und 14 Abbildungen im Text, Verlag von Julius Springer, Berlin 1908.)

Erste Sitzung:
Montag, den 8. Juni 1908, vormittags 9 Uhr.

1. **Über moderne Chemotherapie,** von Ehrlich-Frankfurt. Die Immunitätslehre hat gezeigt, dafs die immunisatorischen Reaktionsprodukte, Antitoxine, von den Bakterien oder deren Sekretionsprodukten mit Hilfe spezifischer Gruppierungen fest verankert werden. Diese finden im infizierten Organismus einzig und allein in dem

Bakterium, nicht in den Geweben selbst ihre Angriffspunkte. Deshalb auch ihre wunderbaren Heilwirkungen. Bei vielen Infektionskrankheiten mit höher organisierten Parasiten ist eine starke und länger dauernde Immunität nur schwer zu erzielen (Malaria, Trypanosomen). Hier müssen chemische Mittel gefunden werden, welche den Parasiten abtöten, aber keine Organschädigung, so weit dies möglich ist, ausüben. Dies kann nur geschehen durch chemische Variation des Mittels.

Als Beispiel dieser chemischen Variation wählt Ehrlich das Atoxyl. Er fand, daſs dieses Mittel nicht, wie Bechamp angab, ein weiteren chemischen Eingriffen schwer zugängliches Arsensäureanilid ist, sondern ein Amidoderivat der Phenylarsinsäure, wobei der Arsensäurerest fest an den Benzolkern gebunden ist. Durch diese Feststellung war die Möglichkeit gegeben, zu einer ungezählten Reihe neuer Verbindungen zu gelangen, die alle den Rest einer organisch gebundenen Arsensäure enthalten. Je nach den Eingriffen und Umformungen des Atoxyls (Arsanilsäure) konnte dieses nach Belieben entgiftet oder giftiger gemacht werden. So konnte durch Einführen des Essigsäureradikals ein Präparat gewonnen werden, das für den Körper relativ ungiftig, aber für Trypanosomen hochgradig deletär wirkt (die Acetylarsanilsäure).

Das Arsanil (= Atoxyl) wirkt im Reagenzglas selbst in 8%iger Lösung nicht auf Trypanosomen ein. Im Organismus muſs es, um zu seiner trypanosomentötenden Wirkung zu gelangen, in ein Umwandlungsprodukt toxischer Art übergehen, und zwar wahrscheinlich durch einen Reduktionsvorgang. Solche Reduktionsprodukte sind zum Beispiel das Paramidophenylarsenoxyd und das Amidoarsenobenzol, die beide hochtoxisch sind und Trypanosomen im Reagenzglas schon in Verdünnung von 1 : 100000 sofort abtöten.

Nach Untersuchungen Ehrlichs hat es sich gezeigt, daſs beim Arsenil (= Atoxyl), der mit dem Benzol verbundene Arsenrest von den Trypanosomen verankert wird, in deren Leibern man hierzu bestimmte Rezeptoren annehmen muſs (Chemorezeptoren). Ist die Avidität dieser Chemorezeptoren vermindert, so werden die Trypanosomen durch das Atoxyl (Arsanil) nicht mehr beeinfluſst, sie werden arsanilfest. Soll ein solcher Fall therapeutisch beeinfluſst werden, so müssen chemische Substanzen gesucht werden, die durch ihre Konstitution eine erhöhte Avidität besitzen und daher „wie eine Beiſszange noch den Aviditätsstummel ergreifen und so die Verankerung an das Trypanosoma bedingen“. Eine solche als „Beiſszange“ wirkende Substanz fand Ehrlich, die dem Gebiet der Arsenoverbindungen angehört und die er als Substanz Nr. 418 bezeichnete.

Diese Substanz hat gegen die gewöhnlichen als auch gegen die arsenilfesten Trypanosomen eine sehr starke Wirkung, ohne dem tierischen Organismus zu schaden. Sowohl infizierte Mäuse als Kaninchen heilten schon mit geringen Dosen. Ob diese Wirkung beim Menschen gleich ist, läſst E. dahingestellt.

2. **Die Stellung einiger Hautgeschwülste in der Geschwulstlehre**, von Albrecht-Frankfurt a. M. A. faſst die Geschwülste als Organoide, organartige Überschuſsbildungen auf. Aufgabe der Geschwulstlehre ist die Feststellung der Störungen entwicklungsmechanischer Faktoren, welche statt der normalen Organe Geschwülste erzeugen.

3. **Die Bedeutung der Vererbung für die Haut und ihre Erkrankungen**, von Kammer-Stuttgart. Die durch den Salzburger Augustinerpater Mendel im Jahre 1865 begründeten Vererbungsregeln, welche für bestimmte Pflanzenkreuzungen ganz feste Zahlengesetze feststellten, haben erst in neuerer Zeit die biologische Forschung beschäftigt und sind auch auf die Verhältnisse bei Säugetier und Mensch übertragen worden. Das sogenannte Mendelsche Gesetz basiert auf folgenden Beobachtungen: Kreuzt man eine rotblühende mit einer weiſsblühenden Pflanzenrasse, so entsteht kein

Bastard mit einer Mischfarbe oder einer intermediären Farbe, sondern er ist rot wie der eine Elter, vorausgesetzt, dafs Rot in diesem Falle über Weifs dominiert und Weifs als rezessive Eigenschaft zu bezeichnen ist (Prävalenzregel). Pflanzen sich diese roten Bastarde ($F_1$) unter sich fort, so bringt jedes Elternpaar unter ihnen wieder rot- und weifsblühende Pflanzen im Verhältnis 3 : 1 hervor (Spaltungsregel). Dies ist nur dadurch zu erklären, dafs die Geschlechtszellen der Bastarde aus einer roten (D) und einer weifsen (R) Hälfte bestehen. Werden also diese Bastarde ($F_1$) unter einander gekreuzt, so wird es folgende vier Möglichkeiten der Vereinigung geben: DD, DR, RD, RR. Diese Bastardabkömmlinge ($F_2$) (= Zygoten, wenn man die elterlichen Keimzellen Gameten nennt) sind also von ungleicher Art, was sich sofort durch Weiterzüchtung ergibt.

Es sind nämlich:

1. Reine rote Pflanzen, welche gleichartige (DD) Merkmale in ihren Keimen enthalten (Homozygoten). Diese produzieren mit ihresgleichen nur rote Pflanzen.

2. Reine weifse Pflanzen (RR) mit denselben Eigenschaften.

3. Rote Pflanzen mit den gemischten Keimen (DR und RD) (Heterozygoten), mit denselben Eigenschaften, wie die roten Bastarde ($F_1$) von oben, d. h. sie bringen ebenfalls rot- und weifsblühende Pflanzen im Verhältnis 3 : 1 hervor.

Kreuzt man einen Homozygoten DD mit einem Heterozygoten (DR), so werden die Bastarde alle äufserlich das dominierende Merkmal (D) haben, aber zur Hälfte rein, zur Hälfte unrein sein. Es können also reine Individuen von unreinen abstammen.

Wahrscheinlich sind auch Beziehungen der vererbbaren Hautkrankheiten zu diesen Mendelschen Regeln vorhanden. Ist z. B. in einer Familie Keratoma hereditarium vererblich, so ist dieser abnorme Charakter D über den normalen dominierend und das Individium mit Keratoma, das aus der Ehe eines Abnormen mit einem Normalen (RR) stammt, ist als DR zu bezeichnen. Es handelt sich also um Kreuzung von DR mit RR und es ergibt sich, dafs nur die Individuen, welche die dominierende Abnormität besitzen, dieselbe auf ihre Nachkommen vererben können und zwar, da der andere Elter immer normal war, im Verhältnis von 1 N : 1 A, während die normalen Nachkommen beinahe sicher keine abnormen Kinder bekommen. Diese Verhältnisse fanden sich bei Keratom, Dermatolysis hereditaria, Ichthyosis. Ähnliche Verhältnisse finden sich beim menschlichen Albinismus, der eine als rezessives Merkmal vererbbare Affektion zu sein scheint. Doch sind die Verhältnisse hier und bei anderen menschlichen Erkrankungen viel komplizierter und ungeklärt. Das Mendelsche Gesetz wird dann noch an vielen Züchtungsversuchen aus dem Pflanzen- und Tierreich erörtert.

4. **Über Hautimmunität**, von Bloch-Basel. Der Verfasser fand, dafs Meerschweinchen, welche mit dem Achorion Quinckeanum (a-Pilz von Quincke, Flaumtyp von Plaut) geimpft waren und die Krankheit überstanden hatten, gegen eine Neuinfektion mit demselben Pilz immun waren. Die gleichen Resultate erhielt er mit Trichophyton gypseum und Mikrosporon canis. Die Infektion mit dem achorionartigen Pilz schützte aber ebenfalls gegen eine Neuinfektion mit den beiden letztgenannten Arten, welche morphologisch weit von ihnen verschieden sind. Ferner läfst sich beim trichophytonkranken Menschen sowohl durch Ritzung mit Trichophytonkultur als auch mit dem Filtrate von Maltosebouillonkulturen (Trichophytin) eine spezifische Reaktion erzeugen, welche der Pirquetschen Tuberkulinreaktion analog ist. Diese Reaktion bleibt noch positiv, nachdem die Trichophytieerkrankung seit Jahren vollständig abgeheilt ist.

Zweite Sitzung:
Montag, den 8. Juni 1908, nachmittags 2 Uhr.

Demonstrationen: 1. **Blastomykosis cutis**, von Fabry-Dortmund, mit Nachweis von Hefen in Schnitten und Ausstrichen. Der Fall wird nur mit aller Reserve als Blastomykosis angesprochen. Reitmann-Wien erinnert an die Akne aggregata von Riehl.

2. **Pemphigus foliaceus**, von Fabry-Dortmund, ausführlich besprochen in der Festschrift für Doutrelepont.

3. **Xanthoma in Geschwulstform bei einem 18jährigen Mädchen**, von Veiel sen.-Cannstatt.

4. **Lupus erythematosus**, von Veiel jun.-Cannstatt.

5. **Akanthosis nigricans (?) mit Blasenbildungen**, von Müller-Metz. Sehr starke Hypertrophie der Hautpapillen, zwischen denen die Hautfurchen als tiefe Risse erscheinen. Diese schmutziggrau gefärbten Veränderungen finden sich aufser Gesicht, Palmae manus und Plantae pedis am ganzen Körper, am stärksten in den Gelenkbeugen. Öfters tritt ein in wenigen Wochen abheilender Blasenschub auf. Im dritten Lebensjahre trat die Erkrankung auf. Jadassohn-Bern glaubt, dafs es sich um eine Hyperepidermotrophie (Brocq) resp. Ichthyosis paratypica (Thibierge) handelt, Herxheimer-Frankfurt hält den Fall für Ichthyosis mit Blasenbildung, Arning-Hamburg für anormale Ichthyosis, ebenso Schirren-Kiel.

6. **Psorospermosis follicularis Darier**, von v. Broich-Elberfeld. Der Vortragende versuchte den Fall nach Herxheimer mit dem Paquelin zu behandeln, mufste aber wegen zu grofser Schmerzhaftigkeit davon absehen. Herxheimer-Frankfurt berichtet über zwei Heilungen durch Paquelin, Bettmann-Heidelberg sah Rückbildung nach Schilddrüseneingabe. Jacobi-Freiburg behandelte denselben Kranken erfolglos mit Jodothyrin. Ehrmann-Wien sah gute Erfolge von Lebertran, äufserlich und innerlich.

7. **Elephantiasis mit konsekusiver Knochenatrophie**, von Kuznitzky-Cöln. Aufser dieser angeborenen elephantiastischen Deformität der linken Hand mit Atrophie der Knochen zeigt der Fall viele weiche Fibromen. Merk-Innsbruck, Oppenheim-Wien und Ehrmann-Wien bezeichnen den Fall als Recklinghausensche Neurofibromatose.

8. **Chronischer Rotz des Mundes und der Oberlippe**, von Hoffmann-Berlin, mit Zerstörung des weichen Gaumens, Geschwüren am harten Gaumen und der Oberlippe und Zerstörung des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers. Der Fall wurde mit Jodkalium gebessert. Die Diagnose wurde durch Impfung und Kultur gesichert.

9. **Lichen sclerosus Hallopeau**, von Hoffmann-Berlin. Der Fall ist bereits in der *Dermatol. Zeitschr.* Bd. XII, Nr. 10, beschrieben und wird wegen seiner Ähnlichkeit mit dem Lichen albus (Zumbusch) nochmals vorgestellt. Jadassohn-Bern hebt die Ähnlichkeit des Lichen albus mit gewissen Formen von oberflächlicher, kartenblattähnlicher Sklerodermie hervor.

10. **Sklerödem**, von Halle-Berlin. Brettartige Anschwellung der Haut im Gesicht, Hals, Brust und Rücken im Anschlufs an Influenza. Blaschko-Berlin schlägt für die Erkrankung, deren Sitz das subcutane Bindegewebe ist, den Namen Sklerohypodermie vor.

11. **Erythema elevatum et diutinum**, von Halle-Berlin. Demonstration einer Moulage.

12. **Mykosis fungoides d'emblée**, von Jacobi-Freiburg. Fehlen des prämykotischen Vorstadiums. Arndt-Berlin will den Fall unter die sarkoiden Tumoren untergebracht wissen, da das Fehlen von Ulceration und der Beginn in den tiefen

Schichten der Haut gegen Mykosis spräche. Die übrigen Diskussionsredner schliefsen sich der Diagnose JACOBIS an.

13. **Porokeratosis (MIBELLI)** und 14. **Lichen ruber planus annularis, abheilend in Form der Anetodermie**, von BAUM-Berlin. Zu letzterem Falle bemerken OPPENHEIM - Wien und JADASSOHN - Bern seine Ähnlichkeit mit der Atrophia maculosa cutis.

15. **Lupus erythematosus**, von SALOMON - Coblenz. Der Fall war durch eine aufserordentliche Empfindlichkeit gegen Chinin ausgezeichnet, das früher gut vertragen wurde, in letzter Zeit aber in der Dosis von 0,15 heftige Intoxikationserscheinungen (Atemnot, Darmblutungen, Hämaturie, Purpura) hervorrief.

Dritte Sitzung:

Dienstag, den 9. Juni 1908, vormittags 9 Uhr.

**Bericht über die in Java angestellten experimentellen Syphilisforschungen**, von NEISSER - Breslau. Der ausführliche Bericht wird erst später veröffentlicht. Aus den hier mitgeteilten Thesen ist folgendes hervorzuheben:

Alle Affenarten bekommen auf cutane Impfung Primäraffekt und nachweisliche Allgemeinsyphilis. Sekundäre disseminierte Eruptionen sind nur bei Schimpansen und Gibbons typisch, bei den übrigen Affenarten gibt es nur regionäre, sich an den Primäraffekt anschliefsende serpiginöse Geschwülste. Beim Kaninchen gibt es Keratitisrezidive und einmal kam eine cutane Eruption vor. Es gibt keine Verschiedenheit in der Virulenz des Syphilisgiftes. Die Allgemeindurchseuchung vollzieht sich schon vor Auftreten des Primäraffektes.

Die Exzision der Impfstelle kann bei niederen Affen noch am 16. Tage erfolgreich sein, sind aber oft schon acht Stunden post infectionem ohne Erfolg. Lokale Hg- oder Atoxylinjektionen unter die Sklerose sind erfolglos, nicht aber die METSCHNIKOFFsche Desinfektion. Eine Spontanheilung wurde nie konstatiert. Alle einer Reinfektion gegenüber refraktären „immunen" Tiere erwiesen sich noch krank, wie durch Verimpfung der Organe festgestellt wurde. Hingegen konnten wirklich geheilte Tiere immer wieder von neuem infiziert werden. Diese Verhältnisse alle können aber nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen werden.

Bei schon infizierten Menschen gelingt die Erzeugung einer zweiten Induration: 1. solange die zu dieser zweiten Inkubation benutzte Stelle noch nicht von der ersten Inkubation her durchseucht ist, 2. wenn die von der ersten Erkrankung herrührende Immunität verschwunden ist. Diese Reinokulation kann einen nur lokalen oder allgemeinen Effekt haben. Die Impfstelle selber kann zum Primäraffekt werden, wenn die durch die erste Infektion entstandene spezifische (sekundäre oder tertiär-gummöse) „Gewebsumstimmung" verschwunden ist, oder sie kann selber sekundär oder gummös werden. Beim noch syphilitischen Menschen können bei Superinfektionsversuchen spezifische Erscheinngen erzeugt werden, die analog den Cutisreaktionen aufzufassen sind und nicht durch Spirochäten zustande kommen.

Hg und Arsen können bei niederen Affen vollständig ausheilen und auch latentes Virus zerstören. Ebenso Jod und Chinin, aber in geringerem Mafse.

Präventivheilung (Beginn der Behandlung ein bis acht Tage post infectionem) konnte nur durch Atoxyl, nicht durch Hg erzielt werden. NEISSER empfiehlt als Ersatz des Atoxyls das Arsacetin (EHRLICH), 20 Injektionen à 0,6. (Referent möchte auch vor Anwendung des Arsacetins warnen, da neuerdings auch ein Fall von Erblindung nach sechsmal 0,6 Arsacetin bekannt geworden ist.)

Zuletzt empfiehlt NEISSER eine möglichst lange und möglichst intensive Merkurialisierung. Ferner eine energische Lokalbehandlung und mindestens einmal auch

eine energische Einreibungskur — als Lokalbehandlung. Der Primäraffekt soll möglichst exzidiert werden.

**Die Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann-Neisser-Bruck**, von Bruck-Breslau. Ursprünglich glaubte man, das Wesen der Reaktion bestünde im Zusammenwirken eines Spirochätenantikörpers und eines gelösten Stoffes aus Spirochätenleibern, eines Spirochätenantigens. Seitdem weiſs man aber, daſs die Reaktion ebenfalls eintritt, wenn man Luessera mit normalen Organextrakten vermischt. Von den beiden Stoffen, welche die Reaktion, d. h. die Komplementbindung hervorrufen, ist also der eine im normalen Organismus vorhanden, der andere im Luetikerserum. Diese Stoffe sind Lipoide. Porges und Meier konnten die Reaktion mit Lecithin anstellen, andere mit gallensauren Salben und oleïnsaurem Natrium. Doch sind diese Stoffe kein vollwertiger Ersatz für Organextrakte. Die Frage von dem Wesen der Reaktion ist also noch keineswegs geklärt. Bei der Ausführung der Reaktion für praktische Zwecke soll man sich aber lediglich luetischer Organextrakte bedienen.

Eine positive Seroreaktion spricht für Lues. Nur Framboesie und gewisse Trypanosomenkrankheiten geben dieselbe auch. Bei Scharlach ist dieselbe zweifelhaft.

Als wichtiges theoretisches Resultat der Reaktion erwähnt B. die Tatsache, daſs 78% von anscheinend gesunden Müttern mit luetischen Kindern noch als latent krank befunden wurden.

Im Primärstadium reagierten 50% der Fälle positiv, im sekundären 90%, im tertiären 70% und in den Latentstadien 50%. Im Latentstadium soll eine positive Reaktion möglichst bald durch Hg-Behandlung in eine negative verwandelt und dauernd negativ gehalten werden, wenn auch nicht in allen Fällen die positive Reaktion durch die Behandlung schwindet. Die negative Reaktion hingegen beweist nichts. Einem Patienten, der nach guter Behandlung jahrelang keine Symptome hatte, aber doch noch positive Reaktion aufweist, soll der Ehekonsens nicht verweigert werden.

In der Diskussion weist Hoffmann-Berlin auf seine Impfungen bei Kaninchen und vereinzelte sekundäre Eruptionen ausnahmsweise bei niederen Affen hin. Für die Frage der Heilbarkeit der Affenlues durch Atoxyl und die Wiederimpfbarkeit nimmt er die Priorität für sich in Anspruch. Bei Menschen wendet er Atoxyl nur selten an und hebt die Häufigkeit der Rezidive bei dieser Behandlung hervor. Seine Untersuchungsresultate in bezug auf den Ausfall der Wassermannschen Reaktion in den verschiedenen Stadien der Lues stimmen im allgemeinen mit den Bruckschen überein. Von einer Frühbehandlung sah er keine Beeinflussung derselben. Ferner hebt er die Notwendigkeit der Spirochätenuntersuchung neben der Wassermannschen Reaktion hervor, da sie oft gefunden werden, wo letztere negativ ist. Hans Sachs-Frankfurt geht auf seine Untersuchungen über die Inaktivierungstemperatur bei der Wassermannschen Reaktion ein und empfiehlt, den in der Kälte (— 10°) aufgehobenen Organextrakt vor der Benutzung zu filtrieren. Kreibich-Prag berichtet über eine andere Reaktion: bei Zusatz von 0,7 ccm $H_2O$ zu 0,2 ccm Serum von Rezentsyphilitikern tritt in einigen Stunden ein weiſser Niederschlag auf. Die Reaktion ist nach Kreibich für Lues nicht spezifisch, aber charakteristisch und hat ihm bei der Diagnose Dienste geleistet (Klausnersche Reaktion). Hoehne-Frankfurt berichtet über seine im Verein mit Sachs und Altmann ausgeführten Untersuchungen, um den Einfluſs der spezifischen Behandlung auf die Wassermannsche Reaktion zu prüfen. Ein günstiger Einfluſs auf dieselbe war unverkennbar. Ferner rät er, auf den Vorschlag von Blumenthal und Wile bezugnehmend, davon ab, Urin statt Serum zur Komplementbindung zu verwenden. Blumenthal-Berlin hält die alkoholischen Extrakte an normalen Organen für ebenso wirksam wie die aus luetischen Lebern gewonnenen, nicht aber das Lecithin. Sonst stimmen seine Erfahrungen bei der Wassermannschen Reaktion mit den anderen

Forschern überein. FRITZ LESSER - Berlin ist der Ansicht, daſs die positive Serumreaktion auf noch bestehende Syphilis schlieſsen läſst, nicht nur auf einmal früher bestandene. Auch konnte er durch energische Behandlung immer eine positive Reaktion in eine negative verwandeln. Verhindert wurde diese Umwandlung oft durch Alkoholgenuſs. Die Frage, ob durch die negative Umwandlung hinsichtlich der Ausheilung der Syphilis etwas erreicht sei, hält L. noch nicht für spruchreif. Jedenfalls sind Leute mit negativer Reaktion besser gestellt als solche mit positiver. BLASCHKO-Berlin drückt sich hinsichtlich der praktischen Verwertung der Serodiagnostik noch reserviert aus, doch hält er, gestützt auf seine im Verein mit CITRON gemachten Untersuchungen die Reaktion nicht nur zweifellos für Syphilis charakteristisch, sondern sie scheint ihm auch anzugeben, daſs sich im Körper des Untersuchten noch aktives Virus befindet. Doch empfiehlt er, das praktische Handeln (beim Heiratskonsens, bei der Stellung der Prognose, der Therapie, der Prostituiertenuntersuchung usw.) nicht ausschlieſslich auf den serologischen Befund zu basieren, sondern vor allem die klinische Untersuchung zu berücksichtigen. MÜLLER-Wien sieht nur starke Hemmungen, aber diese unter allen Umständen als für Lues beweisend an. W. LANDAU- und R. MÜLLER - Wien prüften das spektroskopische Verhalten von normalen und luetischen Seren bei Zusatz von Farbstoffen. Sie fanden, daſs die Absorptionsstreifen des Methylenblaus im luetischen Serum dunkler und kräftiger waren als im normalen und konnten in vielen Fällen direkt luetische Sera von normalen unterscheiden. GROSS - Wien (gemeinsam mit R. VOLK-Wien) sprechen sich gegen die praktische Verwertbarkeit der Reaktion aus, wollen jedenfalls nicht jeden, der die WASSERMANNsche Reaktion gibt, als Spirochätenträger bezeichnen. HINRICHS - Düsseldorf bediente sich zum Vergleich der von BAUER angegebenen Modifikation der WASSERMANNschen Reaktion, bei der man des spezifischen Hammelblutimmunkörpers nicht bedarf. Er hält überall da, wo nur geringe Mengen luetischer Stoffe im Blut kreisen, die BAUERsche Methode für überlegen. Zuletzt schlieſst sich NEISSER - Breslau den BRUCKschen Ausführungen zustimmend an, präzisiert seinen Standpunkt dahin, daſs bei positiver Reaktion noch irgendwo im Körper lebendes Virus vorhanden ist, weist auf die Bedeutung der Reaktion besonders bei unklarer Diagnose hin und empfiehlt zuletzt, das Acetyl-Arsenilat, ohne aber das Hg verdrängen zu wollen, eifrigst in der Therapie der Syphilis anzuwenden. (Ich verweise nochmals auf meine obige, das Acetyl-Arsenilat betreffende Bemerkung. D. Ref.)

### Vierte Sitzung:
### Dienstag, den 9. Juni 1908, nachmittags 2 Uhr.

HERXHEIMER-Frankfurt stellt einen Fall von **Lichen ruber moniliformis**, dann mit FOSTER - Frankfurt zwei Fälle von **Lupus follicularis disseminatus** (Lupus miliaris) vor, POLANO-Haag eine **Erythrodermie pityriasique en plaque disséminées** mit bereits aufgetretener Atrophie der befallenen Stellen. Sodann spricht WERNER-Heidelberg über **Fulgurationsbehandlung des Lupus und des Lupuscarcinoms**. Er bespricht ausführlich die Technik und berichtet über gute Erfolge mit schönen Narben. KREIBICH-Prag und NAGELSCHMIDT-Berlin halten die Fulguration für eine Verbrennungsmethode, die nichts vor ähnlichen Methoden voraus habe, ja oft zur Disseminierung des Lupus die Veranlassung gebe.

HERXHEIMER-Frankfurt stellt weiter zwei mit Pyrogallol behandelte Lupuspatienten und eine **Pseudo-Alopecia atrophicans** (BROCQ) vor, ferner mit PLASS-Frankfurt eine **Dermatitis ekzematoides atrophicans** bei einer 46jährigen Patientin mit intensiv geröteter Kopfhaut mit Flächentasten, unregelmäſsig begrenzten nässenden Herden. Dazwischen schuppende Herde mit atrophischer Verdünnung der Haut. Ein ähnlicher Fall existiert nicht. GROUVEN-Bonn spricht über ein Kaninchen, bei dem es ihm

gelang, erhebliche Allgemeinsyphilis zu erzeugen; Ehrmann-Wien **über physiologische und therapeutische Lichtwirkung.** Er bespricht u. a. die experimentelle Erzeugung von Leukoderma syphiliticum und beweist, daſs auch die Wärmestrahlen allerdings bei sehr langer Einwirkung die Effekte der Lichtstrahlen erzeugen können.

**Zur Kenntnis der multiplen Primäraffekte,** von B. Sklarek-Berlin. Im Anschluſs an einen Fall mit 25 Primäraffekten untersucht S. die Bedingungen der Entstehung der multiplen Sklerosen. Sie kommen durch gleichzeitige und sukzessive Inokulation, bei letzterer durch Auto- und Heteroinokulation, d. h. durch das Virus des Kranken selbst und durch das einer anderen Person zustande.

**Sekundäre Gummibildung sive gummöse Lymphdrüseninfektion,** von Delbanco-Hamburg. D. beobachtete ein Gumma am Penis, dem bald eine ausgedehnte Leistendrüsenschwellung folgt. Dieses metastatische Gumma in den Lymphdrüsen war für D. bereits vor der Spirochätenentdeckung der Beweis für die Existenz eines lebenden Virus im Gumma. Bezüglich der Atoxyltherapie ist D. der Ansicht, daſs über dieselbe erst dann ein Urteil abgegeben werden kann, wenn nach Jahren ihr Einfluſs auf Tabes und Paralyse festgestellt ist. Dreyer-Cöln spricht über **Mischinfektion bei Syphilis** mit Eiterkokken, Ducreyschem Bacillus und besonders mit der Spirochaeta refringens, die er in drei Fällen, die mit Balanitis kompliziert waren, in exzidierten Gewebsstücken neben der pallida fand.

**Die Abortivbehandlung der Syphilis,** von Scherber (Klinik Finger - Wien). Selten gelingt die Kupierung der Syphilis durch einfache Exzision der Sklerose (Mitteilung eines einwandfreien Falles). Besser ist es, nach der Exzision oder ohne dieselbe sofort eine energische Hg Behandlung einzuleiten (eine Hauptkur am besten mit grauem Öl oder Hg salicylicum). Die Behandlung soll intermittierend weiter gemacht werden und verspricht ein um so besseres Resultat, je frühzeitiger sie gemacht wird. Die Fälle, die trotzdem Erscheinungen bekommen, verlaufen milde.

**Beitrag zur chemischen Untersuchung des Blutes luetischer Menschen,** von Winternitz-Prag. W. fand bei der fraktionierten Fällung des Blutplasmas nach Hofmeister eine kleine aber deutliche Vermehrung des Fibrinogens und Euglobulins bei Luetischen.

**Über automatische Bewegungen des Uterus und seiner Adnexe und ihre Bedeutung für die Pathologie der Blennorrhoe,** von Schindler-Berlin. Die Assension der unbeweglichen Gonokokken wird durch eine automatische Antiperistaltik des Uterus erklärt.

**Beiträge zur Blennorrhoebehandlung,** von Baer-Frankfurt a. M. Seitdem B. von den prolongierten Injektionen mit groſsen Mengen abgekommen ist, verringerten sich seine Epididymitisfälle. Er wendet Protargol und Höllenstein an, auſserdem Berieselungen der Urethra unter geringem Drucke mit doppelläufiger Kanüle.

**Ein Beitrag zur aseptischen Urethritis,** von Stein-Görlitz. Mitteilungen eines Falles, wahrscheinlich einer konstitutionellen Form der Urethritis, entstanden durch Reizung der Urate.

**Zur pathologischen Anatomie der blennorrhoischen Urethritis des Weibes,** von J. Leyberg-Görlitz. Mikroskopische Untersuchung der Urethra einer an einer interkurrenten Krankheit gestorbenen Patientin. Die vorderen Partien zeigten subakute, während die hinteren Abschnitte der Urethra chronische Entzündung zeigten. Hier bestand eine an die Striktur beim Manne erinnernde, auf hyperplastischem Wege entstandene Bindegewebsneubildung.

**Über Rektalblennorrhoe,** von Mucha-Wien. Bei 120 weiblichen Blennorrhoischen konnten in 10,8% Gonokokken im Rektum festgestellt werden. Die Kultur ist wegen der Masse der mitwachsenden Bakterien schwierig.

**Zur Biologie und Differentialdiagnose des Gonococcus und seiner Verwandten,** von GHON, MUCHA, WIESNER-Wien. Für die Differentialdiagnose des Gonococcus und Meningococcus ist von Wichtigkeit, daſs letzterer Dextrose und Maltose, ersterer nur Dextrose zersetzt (DUMM und GORDON). Nach eigenen Untersuchungen zersetzte Micrococcus catarrhalis PFEIFFER keines von 22 untersuchten Kohlehydraten, der Gonococcus Glykose, der Meningococcus Glykose und Maltose. Die Agglutination ist für die Differentialdiagnose nicht zu verwerten.

**Die Behandlung des venerischen Bubo,** von ARNING-Hamburg. Der Bubo wird mit einem Doppellanzenmesser punktiert, mit 5%igem Karbolwasser ausgespritzt, dann 10%iges Jodoformglycerin injiziert. Heilung in 6—12 Tagen.

**Bericht über die Obduktion des Falles von Mykosis fungoides d'emblée,** von JACOBI-Freiburg. Der in der zweiten Sitzung vorgestellte Fall starb plötzlich. Bei der Sektion fand sich unbedeutend vergröſserte Milz mit Pseudoleukämie, und im Kehlkopf Tumoren wie die Knoten am Arm.

Fünfte Sitzung:

Mittwoch, den 10. Juni 1908, vormittags 9 Uhr.

BECKER-Frankfurt demonstriert einen mit **Hochfrequenz behandelten** und günstig beeinfluſsten **Lupus,** sodann einen Fall von **Hydroa aestivale.** VEIEL, NEISSER und JADASSOHN empfehlen Chininsalbe zur Heilung der Affektion, VEIEL speziell 2—3%iges Chinin. tannic. ARNING empfiehlt das Ungt. Glycerini als Salbengrundlage. Einen **Beitrag zur Acrodermatitis chronica atrophicans** (HERXHEIMER) liefert HARTMANN-Frankfurt und stellt fünf derartige Fälle vor. Sie zeigen alle den gleichen typischen Befund mit Beginn an den Extremitäten, zentripetalem Fortschreiten, Infiltrate als Reste jüngerer Prozesse, ulnare Streifen und lenteszierender zur Atrophie tendierender Verlauf. Auſserdem demonstriert HERXHEIMER-Frankfurt einen Fall von **Mykosis fungoides,** mit Arsen und Röntgenbestrahlung bis auf ein kleines Rezidiv geheilt; HÜBNER-Frankfurt einen weiteren Fall derselben Erkrankung, der Arsen nicht vertrug, der ebenfalls auf Röntgenbehandlung heilte, aber in weiter Ausdehnung rezidivierte. HERXHEIMER und KÖHLER-Frankfurt besprechen sodann **drei Fälle von Stauungsdermatose** (Purpura annularis teleangiectodes MAJOCCHI?). An varikösen Unterschenkeln fanden sich gruppierte kleine Papelchen, welche an die Follikel gebunden sind und auf Glasdruck verschwinden. In der Mitte und am Rande atrophische Stellen. BLASCHKO, REITMANN und JADASSOHN halten die Affektion für eine Stauungsdermatose, in Wien als Dermatitis cruris e varicibus bezeichnet. BLASCHKO hält MAJOCCHIS Krankheit als mit BROCQS Erythrodermie pityriasique identisch, was JADASSOHN nicht zugibt.

HERXHEIMER stellt weiter hintereinander folgende Fälle vor:

1. **Lichen ruber planus serpiginosus cutis et mucosae oris.** Der Umstand, daſs H. dieselbe Patientin vor 21 Jahren an gewöhnlichem Lichen ruber planus behandelte, veranlaſste ihn, beim Lichen ein „Früh-" und ein „Spätstadium" in Analogie mit der Syphilis anzunehmen. In seiner Replik gegen TOUTON, der vor derartigen Vergleichen warnt, hebt H. als Stütze dieser Analogie mit Lues das relativ nicht seltene Auftreten eines Primäraffekts beim Lichen, desgleichen dessen Vorkommen bei mehreren Familienmitgliedern und den Ausgang beider Erkrankungen in Leukoplakia bei Befallensein der Mundschleimhaut hervor.

2. **Geheilter Fall von Morbus DARIER** (vermittels Paquelin).

3. **Erythema induratum Bazin nebst Bemerkungen über die Therapie dieser Krankheit.** (Heilung mit BIERscher Stauung in fünf Fällen, mit Natr. salicyl. in einem Fall.)

4. **Strichförmige Sklerodermie.** In der Diskussion sondert WESTBERG-Berlin seinen Fall (1901, Naturf.-Vers. Hamburg) ganz von diesen Fällen ab.

5. **Lymphangioma cutis** und

6. **Morbus HODGKIN** (beide mit HÖHNE-Frankfurt), mit einem dem malignen Granulom zukommenden mikroskopischen Bild der Drüsen und Resten zerkratzter Knötchen auf der Brust. GROSS-Wien will die STERNBERGschen Fälle, bei denen es sich um eine Dissemination der eigentümlich zusammengesetzten Tumoren über alle Organe handelt, desgleichen seine Lymphogranulomatosis cutis mit gleichartigen Tumoren in der Haut, von der HODGKINschen Krankheit getrennt wissen. HERXHEIMER scheidet 1. die Pseudoleukämie, 2. das Lymphosarkom, 3. das Granuloma malignum (HODGKIN i. e. S.). JADASSOHN rechnet seinen in Bern als Pseudoleukämie vorgestellten Fall von multiplen Tumoren im Gesicht, die auf As heilten, jetzt auch zu der STERNBERGschen Form.

7. **Sycosis lupoides** (mit REINHART-Frankfurt). Folliculitis der Haare, des Bartes und der Augenbrauen mit atrophischen Stellen an den Schläfen.

8. Drei Fälle von **Lichen pilaris capitis,** mit schuppenden, den Follikeln entsprechenden Papeln und Närbchen dazwischen und Spindelhaaren, ein angeborener Zustand.

9. Zwei Fälle von **Dermatitis herpetiformis DUHRING** (mit REINHART-Frankfurt).

10. Ein mit BIERscher Stauung geheilter Fall von **RAYNAUDscher Krankheit.** Hierzu bemerkte ARNING-Hamburg, dafs er bei Ausdehnung der BIERschen Stauung auf Pernionen und cyanotische Zustände der Hände gute Erfolge hatte.

11. **Xeroderma pigmentosum,** Atrophie der Haut mit Pigmentverschiebungen und Teleangiektasien in frühester Kindheit entstanden, wozu sich zur Pubertätszeit Carcinome gesellten, die heilten und jetzt nach 19 Jahren geheilt geblieben sind.

12. Zwei Fälle von **Dermatitis papillaris capillitii.** In einem der Fälle war die Erkrankung in den Achselhöhlen lokalisiert. Besserung durch Röntgen.

Dazwischen zeigte FOSTER-Frankfurt einen Fall von **Dermatitis herpetiformis DUHRING** bei einem dreijährigen Kinde.

SALOMON-Coblenz zeigt einen **Fall zur Diagnose**, den BLASCHKO als Epidermolysis bullosa bezeichnet. BETTMANN-Heidelberg bespricht einen Fall von **Orientbeule** und demonstriert mikroskopische Präparate des Erregers (WRIGHT, LEISHMAN). SALOMON-Coblenz empfiehlt **Linoval** als Salbengrundlage und VEIEL sen.-Cannstatt bespricht die **Therapie des Ekzema ani** und empfiehlt 10%ige Calomelsalbe. SAALFELD wendet diese Salbe auch bei Akne varioliformis an. TOUTON redet der Präzipitalsalbe bei nässenden Ekzemen das Wort, KOHN-Frankfurt der Solut. Lithantracis acetonica. KOHNSTAMM-Königstein i. T. und PINNER-Frankfurt a. O. berichten über einen gelungenen Versuch einer Person in tiefer Hypnose zu suggerieren, dafs an einer bezeichneten Stelle eine Brandblase entstehen solle. OPPENHEIM-Wien weist auf die Sklerodermie als **Endausgang der Dermatitis atrophicans** hin. ARNDT-Berlin, ARNING-Hamburg und HERXHEIMER-Frankfurt haben oft Sklerodermie mit Acrodermatitis vergesellschaftet gesehen.

KREIBICH-Prag: **Über Hautveränderungen bei HODGKINscher Krankheit (Lymphogranuloma pruriginosum).** Richtige Pseudoleukämie im Sinne von EHRLICH und PINKUS mit reiner Hyperplasie des lymphatischen Apparates und Lymphocytose im Blute bilden eine Krankheit für sich. Ganz davon verschieden ist das nach CHIARIS Vorschlag als HODGKINsche Krankheit bezeichnete Bild, dessen anatomisches Substrat STERNBERG gegeben hat, der in den Lymphdrüsen keine Hyperplasie, sondern ein chronisch entzündliches Granulom fand mit Ausbildung charakteristischer grofser mehrkerniger Fibroblasten und regressiven Veränderungen, die er dem Tuberkel-

bacillus zuschob. Auf Kombination dieser „Sternberg-Tuberkulose" der Lymphdrüsen mit Prurigo machten Kreibich, Buschke, Dubreuilh aufmerksam. Einen weiteren Fall beschreibt Kreibich ausführlich. Gross fand in einem Fall, daſs auch in der Haut dieselben Veränderungen wie in den Lymphdrüsen auftreten können. Alle diese Fälle sollen nicht als Pseudoleukämie bezeichnet werden, sondern als **Morbus Sternberg + Prurigo** oder **Lymphogranulom** mit a) L. cutis multiplex (Gross) und b) dem L. pruriginosum als Unterabteilungen.

Kreibich-Prag: **Zur Ätiologie des Erythema perstans faciei.** Kr. untersucht die Frage, ob dieses eine eigenartige „Lupus erythematodes-Erkrankung" darstelle oder eine besondere Infektion oder Intoxikation. Kr. glaubt, nach einem mitgeteilten Falle schlieſsen zu sollen, daſs beim akuten Lupus erythematosus eine hinzutretende Infektion, z. B. Influenza, durch ihre Toxine das Erythema perstans und die akute Dissemination des Erythems auf den Körper bewirken können.

Kreibich-Prag: **Über Cystenbildung im Spinalganglion bei Pemphigus malignus.** Marburg fand in drei Pemphigusfällen Veränderungen des Spinalganglions (sklerosierende Entzündung, Blutung, Cystenbildung), deutete aber die Befunde als Altersveränderungen bei senilen Personen. Kreibich fand Cysten in acht Spinalganglionen einer an Pemphigus verstorbenen jüngeren Kranken, will aber keine ätiologischen Schlüsse daraus ziehen, da sich in anderen an Pemphigus gestorbenen Fällen diese Veränderungen nicht fanden.

Zuletzt berichtet O. v. Petersen-St. Petersburg **über Behandlung des Lupus mit Stauungshyperämie nach Bier.** Er setzt Saugnäpfe von 3—8 cm im Durchmesser an und ist mit den Resultaten bis jetzt zufrieden.

Sechste Sitzung:
Mittwoch, den 10. Juni 1908, nachmittags 2 Uhr.

Bender-Wiesbaden stellt Fälle von **Lupus erythematosus** vor.

Bettmann-Heidelberg: 1. Einen Fall von **Lichen ruber planus der Handflächen.**

2. Eine **dystrophische Form der Epidermolysis bullosa** (*Arch. f. Derm.* Bd. LV).

3. Einen Fall von **Angioma keratosum**, den er von der Mibellischen Krankheit absondert, weil deren typische Lokalisation, das Auftreten im frühen Kindesalter, die Beziehungen zur Tuberkulose, die lokalen Erfrierungen usw. fehlen.

4. Eine **Pachyonychia congenita** mit Beziehungen zur Epidermolysis (Blasenbildung), Leukokeratosis linguae, follikulären Keratosen, Hyperhidrosis und Granulosis rubra nasi.

5. **Xanthoma striatum volae manus** mit starken spontanen Schmerzempfindungen und Hauthornknötchen an Knien und Ellenbogen.

Müller-Mainz eine **Dermatitis papillaris capillitii** (Entfernung mit Elektrolyse 5 M.-A.).

Baer-Frankfurt a. M. **Lichen ruber planus, akut aufgetreten nach Arsendarreichung**, ferner eine **Pseudopelade Brocq** und einen **Naevus pigmentosus mit nachträglich aufgetretener Depigmentierung.**

E. Hoffmann und A. Halle-Berlin demonstrieren die **Behandlung eines Naevus vasculosus mit Kohlensäureschnee-Erfrierung.** Dabei weist Nagelschmidt-Berlin auf seine Erfolge mit Radiumbehandlung hin.

Delbanco-Hamburg bespricht die **Kraurosis glandis et praeputii penis** und demonstriert an der Hand von Projektionen 1. ein 140 g schweres Fibroma pendulum vulvae, 2. Lichen ruber planus verrucosus perifollicularis, 3. Gilchristsche Dermatose, 4. Krompechersches Carcinom der Kopfhaut und 5. den Drost-Delbancoschen Fall, der zusammen Adenoma sebaceum, Acanthoma adenoides cysticum, weiche und harte Pigmentnaevi aufwies.

Hartmann-Hannover referiert einen **eigenartigen Fall von Urticaria perstans** mit Vesikelbildung und zeigt 5%iges **Pyrogallusnafalanpflaster** bei fleckweiser Psoriasis, ferner mit L. Halberstädter-Berlin Präparate von **Filaria volvulus** in der Haut aus Westafrika.

E. Hoffmann und Fr. Juliusberg-Berlin: **Zur Kenntnis der White spot disease und circumskripten Sklerodermie.** In dem einen Fall handelte es sich, wie der mikroskopische Befund lehrte, um eine richtige Sclerodermia circumscripta. Im zweiten Fall bildete den Mittelpunkt der Effloreszenz ein weiter Follikel. Eine nach oben konkave Form von Infiltraten begrenzt die schüsselförmige Coriumpartie, in dem die feinen, verdünnten Bindegewebsfasern zum Teil horizontal gelagert sind mit erweiterten Blutgefäßen. Das subepitheliale elastische Fasernetz ist geschwunden. Die subepithelialen Lymphspalten sind erweitert. Dieser Fall zeigt außerordentliche Ähnlichkeit mit der kartenblattähnlichen Sklerodermie Unnas, den er zu den White spot disease-Fällen von Montgomery und Ormsby rechnet. Die von Johnston und Sherwell als White spot disease bezeichneten Fälle will er wegen des Schwunds des Kollagens und dessen Ersatz durch eine basophile körnige Masse davon abgesondert wissen. Die Westbergsche Erkrankung habe mit Sklerodermie nichts zu tun, während die White spot disease als eine zwar eigenartige, aber doch charakteristische circumskripte Sklerodermie anzusehen sei.

Herxheimer-Frankfurt a. M. stellt ebenfalls einen Fall von **White spot disease** vor und demonstriert Moulagen zweier weiterer Fälle und eines Falles von **multipler Morphoea.** Auch Herxheimer rechnet die weißen Flecke Westbergs nicht zur Sklerodermie wegen der Verdickung der Bindegewebs- und elastischen Fasern, ihre Färbung mit Säurefuchsin und die Mastzellenanhäufung. Auch H. rechnet die White spot disease zur Unnaschen kartenblattähnlichen Sklerodermie.

Arning-Hamburg zeigt Moulagen eines Falles von **infantiler Gangrän** von Zehen. Es handelt sich wahrscheinlich um embolische Prozesse.

v. Notthafft-München: **Zur externen Atoxylbehandlung** in 10—15%iger Lösung oder als 10—25%iger Puder und Salbe. Seine Resultate ermuntern nicht zur Fortsetzung dieser Versuche.

Hübner-Frankfurt a. M.: **Zur Genese der Urethralstrikturen.** H. hält die öfters in normalen Harnröhren vorkommenden ringförmigen Plattenepithelinseln für die Ursache der Strikturen, da sie die unter ihnen liegenden Gonokokken vor dem Eindringen der bakteriziden Injektionsflüssigkeit schützen.

Zum Protokoll eingereichte nicht gehaltene Vorträge.

**Über die Tuberkulide der Haut,** von Werther-Dresden. Eine klinische und mikroskopische Beschreibung derselben. Er unterscheidet fünf Arten: 1. Den Lichen scrophulosorum: typischer Tuberkel in der oberen Cutislage. Tuberkelbazillen nachgewiesen und Übertragung auf das Tier geglückt. Reagiert (und heilt oft) auf Alttuberkulin = papulo-miliare Hauttuberkulose von Neisser und Jadassohn. 2. Das papulo-nekrotische Tuberkulid = Folliclis. Allgemeine und lokale Reaktion auf Alttuberkulin. Inokulation auf Tiere nicht geglückt. Kein Tuberkel, sondern Granulationsgewebe an den Blutgefäßen der Cutis. Nekrose durch Cutis und Epidermis durch Endarteriitis. Infolge hiervon kommt es zu Dellenbildung und lange festhaftender Schuppe. Die Residuen in Form eines atrophischen, weißen, grübchenförmigen Zentrums mit pigmentiertem Saum bleiben jahrelang bestehen (ähnlich der Akne necrotica). 3. Das pustulöse oder akneiforme Tuberkulid. Einschmelzung der Talgdrüse, Entzündung um den Follikel und ein Tuberkel in der Nähe desselben. Diese Form muß zum Lichen scrophulosorum gerechnet werden. 4. Kleine, harte, hämorrhagische Papeln, irrtümlicherweise als Angiokeratom be-

zeichnet. Es kommt dabei zum hämorrhagischen Infarkt einer Papille und die Knötchen stoſsen sich entweder in Form einer trockenen Nekrose nach auſsen ab oder es kommt zur eitrigen Einschmelzung der Umgebung, zu Pustelbildung (pemphigoides Tuberkulid HALLOPEAU). 5. Das Érythème induré des scrofuleux (BAZIN). Alttuberkulinreaktion und Tierinokulation positiv. Mikroskopisch fand W. in einem Falle Granulationsgewebe mit keinen tuberkulösen Merkmalen, aber zentraler Nekrose wie beim papulo-nekrotischen Tuberkulid. Das primär erkrankte Gefäſs liegt aber tiefer (Subcutis und untere Cutisschicht). Andere Autoren fanden rein tuberkulöse Veränderungen. Der Lupus pernio ist ebenfalls ein Erythema induratum.

Ätiologisch nimmt W. für alle Tuberkulide eine Embolie abgeschwächter Bazillen bei umgestimmtem Gewebe an.

**Über eine eigentümliche papulo-ulceröse Form der Tuberculosis ulcerosa miliaris cutis**, von FOSTER-Frankfurt a. M. Eingehende klinische, bakteriologische und ätiologische Besprechung eines Falles von ausgedehntem, bis auf das Sphinkter zerklüftetem Analgeschwür mit vollständig davon getrennten (Perineum und Peniswurzel) ulcerierten Papeln, die groſse Ähnlichkeit mit luetischen Papeln hatten.

**Ein neues Mikrosporum (Microsporum villosum MINNE, 1907)**, von MINNE-Gent. Klinisch glich der Fall, von dem der Pilz stammte, der Mikrosporiosis AUDOUINI, zeigte aber stärkere Schuppung und heilte sehr schnell. Im mikroskopischen Präparat zeigt er dieselbe Anordnung der Mycelien im Haar und auſserhalb desselben wie das Microsporum lanosum SABOURAUDS. Es wird durch das makroskopische Aussehen der Kulturen von den übrigen Mikrosporonarten unterschieden. Auf Glykosegelatine findet sich nämlich ein pelzartiges Abstehen der Luftmycelien von der Unterlage. Die Kultur im hängenden Tropfen zeigt die Fruktifikationsformen der tierischen Mikrospora.

**Zur Lupusbehandlung mit statischer Elektrizität nach SUCHIER**, von JACOBI-Freiburg. Alle nach SUCHIER behandelten Fälle, die JACOBI nachher zu Gesicht bekam, zeigten wenig oder gar keine Veränderung ihrer Krankheit. Da ihr auſserdem immer eine Auskratzung vorhergehen muſs, so warnt J. nachdrücklich vor der Methode.

**Arteriosklerotisch-anämische Infarkte der Haut**, von KREIBICH-Prag. Interessant sind an dem Fall die Befunde von sklerosierten Gefäſsen bis in die Haut hinein. Die Infarkte waren in Form von tiefgehenden demarkierten Infiltraten bei einer 74jährigen Frau mit arteriosklerotischer Nephritis aufgetreten.

**Beiträge zur Lehre von den chronischen atrophisierenden Dermatitiden**, von RÓNA-Budapest. Verfasser regt an, alle diese Erkrankungen (Lupus erythematodes, Sklerodermie, die vielen inselförmigen atrophischen Erkrankungen usw.) von gemeinsamen Gesichtspunkten aus zu studieren, ihre verbindenden und trennenden Punkte sowie ihre Ätiologie einer neuen Bearbeitung zu unterziehen.

**Eine neue Art von Suspensorien (Gürtelsuspensorien)**, von KUZNITZKY-Cöln. An einem um die Taille fest anliegenden Gürtel hängt vorn der Tragbeutel an zwei senkrecht nach abwärts verlaufenden Bändern. *Gunsett-Straſsburg.*

---

## Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1./14. März 1909.

Originalbericht von ARTHUR JORDAN.

Prof. POSPELOW gedachte in warmen Worten der drei verstorbenen Mitglieder der Gesellschaft, der Herren BUTJAGIN, SHIWULT und SPERANSKI.

1. JORDAN demonstrierte einen Fall von **Pseudoleucaemia cutis**.

(Der Fall soll in diesen *Monatsheften* veröffentlicht werden.)

Diskussion: Bogrow findet eine gewisse Ähnlichkeit der Infiltrate mit Tumoren von Mykosis fungoides, wenn er auch nicht den Fall als solchen auffassen will.

Jordan erwidert, eine Ähnlichkeit ist natürlich, wo Mykosis fungoides und Pseudoleukämie der Haut zur selben Krankheitsgruppe gehören, aber da die Krankheit in dem vorgestellten Fall erst von kurzer Dauer ist, müfsten sich bei Annahme einer Mykosis fungoides Zeichen von Ekzem finden.

Bogrow meint, es könnte sich um Mykosis d'emblée handeln.

Pospelow schliefst Mykosis fungoides ganz aus und meint, eher könnte an Lymphosarkom gedacht werden, wogegen aber die allgemeine, den Hautveränderungen vorangegangene Drüsenvergröfserung spricht.

2. Lewtschenko (Gast) führte eine 38jährige Frau mit **Atrophia maculosa cutis progressiva idiopathica** vor. Sitz der pigmentierten, im Zentrum weifse Inselchen zeigenden, leicht atrophischen Flecke von 2—6½ cm Gröfse auf der Unterlippe, dem linken Unterarm und am meisten auf den Glutaeen und den Beugeseiten der Oberschenkel. Das Leiden besteht seit vier Jahren und schreitet fort.

Diskussion: Bogrow erkundigt sich, ob eine Untersuchung auf Tuberkulose vorgenommen worden ist?

Lewtschenko erwidert, die Pirquetsche Reaktion fiel negativ aus.

3. Sokolow zeigte einen **Radiumapparat** von der Usine Armet de Lisle zur Behandlung von Höhlen und stellte zwei auf diese Weise mit gutem Erfolg behandelte Kranke vor:

a) einen Mann mit einem Epitheliom des weichen Gaumens,

b) ein 15jähriges Mädchen mit Lupus vulgaris et Scrophuloderma faciei.

In ersterem Fall hat die Bestrahlung im ganzen 7½ Stunden, in letzterem 30½ Stunden beansprucht.

Diskussion: Fokin spricht den letzteren Fall nur für ein Scrophuloderma an und erklärt damit den guten therapeutischen Erfolg.

Sokolow gibt das nicht zu.

4. Sokolow sprach über die **Behandlung mit Radium nach der Methode Dominici**. Nach der Methode von Dominici wird, zur Ausschaltung der $\alpha$- und $\beta$-Strahlen, zwischen das Radium und der Haut, eine 1½ mm dicke, aus einem Bleiplättchen und aus Papier bestehende Schicht eingeschoben, um nur die $\gamma$-Strahlen durchzulassen und die Haut dadurch vor unangenehmer Reizung zu schützen. Zur Illustrierung der Wirkung dieses Verfahrens wurden zwei Kranke demonstriert, von denen

a) eine Dame mit zwei Epitheliomen auf der Stirn, auf der einen Seite nach Dominici, auf der anderen Seite ohne die Schutzeinlage behandelt worden war, und

b) eine zweite Dame mit einem Epitheliom auf der linken Wange, welches vor nun schon 1½ Jahren, gleichfalls ohne Schutzeinlage, bestrahlt wurde.

Der zweite Fall zeigt noch heute Zeichen der Reizung und bei dem ersten Fall erweist sich die nach Dominici, obgleich viel länger als die andere bestrahlte Stirnhälfte, ganz ohne Reizzustand.

Sokolow ist daher der Ansicht, dafs die $\gamma$-Strahlen unzweifelhaft wirksam sind und dafs durch das Verfahren von Dominici eine Reizung der Haut verhindert wird.

Bogrow glaubt, dafs zum Vergleich auch andere Schutzvorrichtungen versucht werden müfsten, wie z. B. Wichmanns dicke Kartonplatte usw.

Sokolow entgegnet, er habe sich darauf beschränkt die Wirksamkeit der $\gamma$-Strahlen nach Dominici allein zu prüfen.

5. Lewtschenko führte eine 45jährige Frau mit **Lichen planus der Zunge und des Zahnfleisches** vor.

6. SAWELJEW (Gast) zeigte einen 67jährigen Mann mit **Akroangioma haemorrhagicum KAPOSI.**

Das Leiden besteht seit sechs Jahren.

---

## Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 4. Februar 1909.

HUDELO und MERLE stellen einen Fall von **Branchioma malignum** des Halses vor. Patient, der jetzt 50 Jahre alt ist, hatte sich ein Jahr vorher eine kleine Dermoidcyste, die am linken Kieferwinkel safs, wegnehmen lassen. An dieser Stelle entwickelte sich jetzt ein grofses, inoperables Branchioma, das sich als ein reines Epitheliom erwies.

GAUCHER und MERLE: Vernarbtes, **über handtellergrofses Ulcus** oberhalb der Pubes bei einem Mann. Roseola. Desgleichen bei einem andern Patienten ein **Ulcus durum,** das die ganze rechte Hälfte der Unterlippe einnahm. **Zungentuberkulose** bei einem 54jährigen Mann. Das Geschwür besteht seit 18 Monaten, sitzt an der linken Unterfläche der Zunge, hat die ungefähre Gröfse eines 50 Centimesstücks, ist beim Kauen schmerzhaft. Behandlung mit Acid. lact. verspricht Erfolg.

HALLOPEAU und FRANCOIS-DAINVILLE. 59jähriger Patient mit **Hyperplasia syphilitica dolorosa beider mammae.**

JACQUET und BARRÉ: **Elephantiasis des Penis.** Patient wog bei der Aufnahme 128 kg, sein Penis hatte an der Basis einen Umfang von 21 cm. Fibrolysin hatte keinen Erfolg gehabt. Behandlung: Diät, horizontale Lage, lineare Skarifikationen, Massage, elastische Kompression des Penis. Körpergewicht jetzt 109 kg. Umfang des Penis 13½ cm.

BROCQ und FERNET berichten über zwei Fälle von **Folliculitis suppurativa des Bartes,** die durch rohen Steinkohlenteer wesentlich gebessert wurden.

DANLOS und LÉVY-FRANKEL: **Dermato-Sklerose mit nachfolgender Atrophie** bei einem achtjährigen Knaben. Die Krankheit besteht seit vier Jahren. Am Rumpf und am rechten Arm finden sich verschiedene teils sklerotische, teils atrophische Herde.

LENGLET und SOURDEAU. Behandlung des oberflächlichen **carcinoma epitheliale mit Radiotherapie unmittelbar nach einer Auskratzung.** Statistik. Der Krebs wurde erst mit der Kurette behandelt, alsdann die Wundfläche den Röntgenstrahlen ausgesetzt. Der Erfolg war günstig; unter 59 Fällen 36 endgültige Heilungen.

*Türkheim-Hamburg.*

---

# Fachzeitschriften.

## Dermatologische Zeitschrift.

1909. Heft 3.

1. **Ein Beitrag zur Färbung von Hautschnitten,** von KARL HERXHEIMER-Frankfurt a. M. Eisen bildet mit Alizarin einen Lack, der sich sehr gut zur Darstellung einer ganzen Reihe von speziellen Strukturen der Haut eignet. Er tingiert in der Epidermis, mit und ohne Verfärbung mit Cresylechtviolett, die Protoplasmafasern, die sich dunkel aus der hellen Umgebung herausheben; das Bindegewebe wird im Corium tiefschwarz, in der Papillarschicht etwas heller gefärbt. Dagegen gelingt die Darstellung des Elastins mit dem Lack nicht so gut wie mit der UNNA-TAENZERschen oder mit der WEIGERTschen Färbung. Die glatte Muskulatur der Haut wird wiederum

distinkt tingiert, ebenso die Anhänge der Epidermis, namentlich die Haare; der Haarschaft hebt sich hellgelb von der Umgebung ab. Da der Alizarinlack auch Zellkerne und Protoplasma deutlich macht, ist er für die Darstellung pathologischer Veränderungen der Haut von großsem Wert.

Das Verfahren ist sehr einfach: Färbung etwa fünf Minuten lang in 2%iger wässeriger Alizarinlösung, Abspülung in Wasser, Beizung zehn Sekunden lang in 1%iger Verdünnung des käuflichen Liquor Ferri sesquichlorati, Abspülung in Wasser, Behandlung mit Alkohol, Xylol und Kanadabalsam. Die Schnitte dürfen höchstens 8 $\mu$ dick sein; die Härtung geschieht in Formol und dann in Alkohol.

2. **Über die Agglutination der Leprabazillen durch das Serum von Leprakranken,** von T. Sugai-Osaka. S. hat eine Reihe von Versuchen über die Agglutination von Leprabazillen durch Serum von Leprakranken angestellt und kam dabei zu folgenden Resultaten:

1. Die aus einem Hautknoten eines Leprakranken hergestellte Emulsion, die zahlreiche Leprabazillen enthält, wird durch Zusatz von Serum Leprakranker agglutiniert.

2. Diese Reaktion scheint beim Serum von Lepra nervosa oder maculosa etwas schwächer zu sein als bei dem von Lepra tuberosa. Bei Lepra nervosa scheint also die Agglutininbildung geringer zu sein, eine Erscheinung, die wahrscheinlich von dem geringeren Bazillengehalt des Körpers bei dieser Krankheitsform abhängig ist.

3. Die Menge des Agglutinins scheint ferner zu dem Krankheitsverlaufe in einer bestimmten Proportion zu stehen.

4. Die Reaktion hat nicht nur wissenschaftliches Interesse, sondern auch praktische Bedeutung für die Differentialdiagnose zwischen Lepra und anderen Krankheiten.

3. **Zur Frage der Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen,** von Paul Orlowski-Berlin. Bei einem 34jährigen Fräulein waren wegen Seborrhoe und Akne des Gesichtes an drei aufeinander folgenden Tagen drei ganz schwache Röntgenbestrahlungen vorgenommen worden; jede einzelne Stelle hatte nicht ein Drittel der Erythemdosis erhalten. Nach 14 Tagen sollte dieselbe Strahlenmenge noch einmal gegeben werden, und in der Zwischenzeit wurde eine Resorcinschälkur durchgeführt, die ohne jede Störung verlief. Acht Tage nach der Schälung, 20 Tage nach der Bestrahlung, begann am Kinn, an den Lippen und beiden Wangen eine Dermatitis erosiva, die im Verlaufe von sechs Wochen unter Hinterlassung circumskripter Hyperpigmentierung, vereinzelter Teleangiektasien und atrophischer Stellen abheilte. Es lag in diesem Falle zweifellos Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen vor, ohne die Annahme einer solchen wäre die Beobachtung unverständlich.

Auch nervöse Störungen können durch Röntgenstrahlen hervorgerufen werden; so bekam eine Frau, die O. wegen eines Stirnkankroids bestrahlte, bei der dritten Sitzung Zuckungen in den Augen und das Gefühl, als ob die oberen Augenlider herabgezogen würden.

Wird bei Röntgenbestrahlungen mit ganz kleinen Dosen begonnen und die Strahlenmenge allmählich gesteigert, so scheint eine Gewöhnung der Haut zu erfolgen; fängt man dagegen mit grofsen Dosen an, dann wird die Widerstandsfähigkeit der Haut gegenüber dem spezifischen Reiz der Strahlen geschwächt, ohne dafs sich das äufserlich zu zeigen braucht; in solchen Fällen kann eine nach Wochen oder selbst nach Monaten verabfolgte kleine Strahlenmenge die unangenehmsten Folgen haben.

Infolge des zweifellosen Vorkommens von Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen erscheint es angezeigt, bei kosmetischen Leiden im Gesicht nie mehr als ein Drittel der Erythemdosis zu verabreichen und auch diese Menge bei Wiederholungen noch zu reduzieren, obwohl eine solche Dosis zur Erzielung dauernder Erfolge, z. B. zur dauernden Beseitigung einer Seborrhoe des Gesichtes nicht genügt.

4. **Hautpigment und Belichtung**, von F. B. SOLGER-Rostock. S. hat bereits in mehreren Arbeiten seine Auffassung des Hautpigments als Schutzmittels gegen die chemischen Lichtstrahlen klargelegt; er hat gezeigt, daſs die chemischen Lichtstrahlen bei unseren Haustieren besonders auf die pigmentarmen Hautpartien wirken, daſs schädigende Einflüsse, wie häufige Durchfeuchtung oder Aufnahme gifthaltiger Futterstoffe, z. B. des Buchweizens, die Lichtwirkung beträchtlich verstärken, daſs endlich Körperteile, die für die Erhaltung des Tieres hervorragende Bedeutung haben oder vielen, schweren Schädigungen ausgesetzt sind, infolge von Selektionswirkung auffallend dunkle Farbe besitzen. Über die Bedeutung giftiger Futterstoffe für die Entstehung von Hautveränderungen haben neuere Arbeiten über Sensibilisatoren Klarheit gebracht. TAPPEINER und DREYER haben gezeigt, daſs die Haut durch Eosin und Erythrosin für Licht besonders sensibilisiert werden kann; zweifellos sind auch gewisse giftige Futterstoffe, wie Buchweizen oder Lachnanthes tinctoria, Sensibilisatoren, die den chemischen Lichtstrahlen eine schädigende Einwirkung auf die pigmentarmen Hautpartien ermöglichen. PRIEME hat bei 26 Epileptikern, denen er per os bromhaltiges Eosin - Na verabreichte, Ödem des leicht eosingefärbten Gesichtes und der Hände mit oberflächlichen Ulcerationen und Abfallen der Nägel beobachtet; auch dabei handelte es sich um eine Schädigung der unbedeckten Körperteile durch die chemischen Lichtstrahlen nach Sensibilisierung durch Eosin.

Unter Hinweis auf eine Arbeit von FRIEDRICH MARTIUS über das Vererbungsproblem betont S., daſs die beim einzelnen Individuum auf äuſsere Reize hin stattfindende Pigmentvermehrung nichts dauerndes ist; nach dem Aufhören des Reizes chwindet das neugebildete Pigment wieder bis auf die früher vorhandene, für das Individuum normale Pigmentmenge. Die durch äuſsere Reize hervorgerufene, immer wieder neu auftretende Pigmentierung der unbedeckten Körperteile vererbt sich nicht, wohl aber die stärkere Pigmentierung der dorsalen Körperteile, obwohl diese bei den Europäern seit Jahrtausenden stets bekleidet sind. Auch Neger blassen in gemäſsigten Klimaten oder bei längerem Aufenthalt in geschlossenen Räumen ab; das ist aber nur bedingt durch Verschwinden des beim einzelnen Individuum neugebildeten, nicht des angeborenen Pigments.

Zum Schutze nicht pigmentierter unbedeckter Körperteile gegen die Einwirkung der chemischen Strahlen hat S. mit UNNAschem Gelanth eine im wesentlichen aus Ocker, Zinnober und Ichthyol bestehenden Lichtschutzfirnis verfertigt, der sich als Prophylaktikum bei Sportsleuten und anderen sehr gut bewährt hat. Er verhindert die natürliche Pigmentreaktion der Epidermis auf starke Belichtung nicht, sondern verhütet nur die stürmischen Entzündungserscheinungen; mit auftretender Pigmentierung wird der Gebrauch des Mittels natürlich entbehrlich. — Der Lichtschutzfirnis wird von der Hamburger Schwanenapotheke in Tuben zu 20 und 50 g in den Handel gebracht. *Göts-München.*

---

## Zeitschrift für Urologie.

Band III, Heft 2 u. 3.

**Zur Pathologie und Therapie der Blasentumoren**, von BLUM. Verfasser schildert die Unannehmlichkeiten der Sektio alta bei der Operation der Blasentumoren. Sie ist ein schwerer Eingriff bei den oft kleinen Tumoren, die gutartigsten Tumoren der Blase zeigen eine ausgesprochene Neigung zu Rezidiven; diese Rezidive treten nach Geschwulstoperationen oft multipel auf und zeigen oft einen malignen Charakter; es ist mit der Gefahr einer carcinomatösen Infiltration der Bauchdecke nach der Operation zu rechnen.

Verfasser empfiehlt die intravesikale Operationsmethode. Bisher konnte man das Operationscystoskop nur schwer an manche Stelle der Blase bringen. Verfasser hat nun durch eine von der Firma Leiter hergestellte Stahlspirale den Träger der Operationsinstrumente (Schlinge, Zange, Brenner) beweglich gemacht und ist mit dem Instrumentarium und seiner Handhabung sehr zufrieden.

**Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Nephrolithiasis, speziell über Pyelolithotomie,** von Blum und Ultzmann. Auf Grund der an der Frisch-schen Klinik gewonnenen Erfahrungen empfehlen Verfasser als Normalverfahren bei der einfachen unkomplizierten Nephrolithiasis die Pyelotomie, während die Nephrektomie bei vollständiger Destruktion der Niere am Platze ist. Die Gefahren der Pyelotomie, vor allem die der Fistelbildung, sind gering, wenn man die Quetschung der Wundränder bei der Extraktion des Steines vermeidet, sich von der Durchgängigkeit des Ureters durch den retrograden Katheterismus überzeugt und Infektion des Nierenschnitts zu vermeiden sucht. Die Technik ist einfach, da sich die Niere meist leicht luxieren läſst.

**Über sequestierende Blasengangrän,** von Prigi. Die 43 jährige Patientin hatte eine supravaginale Amputatio uteri wegen Myoms durchgemacht, als sie an tuberkulöser Cystitis und Tuberkulose der linken Niere erkrankte. Durch Nephrektomie wurden ihre Beschwerden gebessert, aber einige Monate später steigerten sich ihre Blasenbeschwerden ganz ungeheuer, so daſs die Blase nur noch 10 ccm faſste. Da man annahm (nach stattgehabter Röntgenaufnahme), daſs es sich um einen groſsen Blasenstein handelte, wurde die Sectio alta vorgenommen. Durch diese Operation wurde ein Sack entfernt, der sich als die gangränöse Schleimhaut der Blase erwies. Es handelte sich wahrscheinlich um eine Sekundärinfektion einer tuberkulös-ulcerösen Cystitis.

**Mischgeschwulst der Prostata,** von Arzt und Linnert. Der Patient erlag einem Blasentumor, der sich mikroskopisch als ein verjauchtes polypöses Sarkom der Prostata mit Infiltration der Pars prostatica der Harnröhre mit Durchbruch des Sarkoms in die Harnröhre erwies. Bei der Untersuchung fanden sich Partien mit hyalinem Knorpel und solche mit neugebildeten Drüsen.

**Beitrag zur Pathogenese der intermittierenden Hydronephrose,** von Czapek. Patientin, 35 Jahre alt, litt seit 7 Jahren zeitweilig an anfallsweise auftretenden Harnbeschwerden mit Schmerzen und Schwellung in der rechten Nierengegend. Bei der Operation fand sich, abnorm verlaufend, ein dicker Gefäſsstrang, der den rechten Ureter kreuzt und ihn 2 cm unterhalb seines Abgangs vom Nierenbecken abknickt. Dadurch wurde die intermittierende Hydronephrose hervorgerufen.

**Partielle primäre Hydronephrose bei Verwachsungsnieren,** von Zinner. Verfasser berichtet über zwei Fälle von teilweiser Hydronephrose bei Verwachsungsnieren, die er bei Autopsien beobachtet hat. Im ersten Falle handelt es sich um ein neugeborenes Mädchen mit einer Hufeisenniere, mit vier Nierenbecken und vier Ureteren. Im anderen Falle handelt es sich um eine linksseitige Hydronephrose bei einer ins kleine Becken verlagerten Kuchenniere.

**Die Indikation der Nephrektomie bei der kongenitalen Nierendystopie,** von Sträter. Die Exstirpation der gesunden kongenital dystopen Niere ist erst dann erlaubt, wenn der Versuch der Nierenverlegung fehlschlägt.

**Ein ungewöhnlich verlaufender Fall von Prostatageschwulst,** von Grosglik. Es lieſs sich zunächst nicht genau feststellen, ob es sich um ein Carcinom oder eine Tuberkulose der Prostata handelte; im Urin wurden säurefeste Bazillen gefunden. Später trat ein Fluktuationsherd in den Adduktoren auf, aus dem eine klare rosarote Flüssigkeit durch Punktion entleert wurde. Die Geschwulst erwies sich später als ein zufallenes Carcinom.

**Histologischer Befund an einer Nephrotomienarbe,** von WILDBOLZ. Verfasser entfernte eine Niere, wegen Nephrolithiasis, an der schon ein Jahr früher die Nephrotomie wegen Steinverdachts gemacht war. So konnte er die Narbe untersuchen und fand, daſs die Schädigung des Nierengewebes infolge der ersten Operation recht geringe gewesen waren.

**Die medizinische und chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose, deren Aussichten und Erfolge,** von BLUM. Verfasser hält auf Grund seines statistischen Materials die chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose, wo immer dieselbe durchführbar ist, für dringend indiziert.

**Wirkung des Pyocyaneustoxins und der Pyocyanose auf die Gonokokken,** von SELLEI. Die Pyocyanose, der aus dem Bacillus pyocyaneus dargestellte Erreger, ist imstande verschiedene Bakterien aufzulösen. Das von Verfasser erzeugte Pyocyaneustoxin wirkt abtötend und wachstumhindernd auf Gonokokkenkulturen. Trotzdem wird durch Injektion von Pyocyaneuskulturen oder Toxin in die Harnröhre die Blennorrhoe nicht geheilt, weil alle diese Mittel nicht in die tieferen Schichten der Urethra, in die Drüsen und Taschen eindringen.

**Notiz zur C. ALEXANDERschen Entgegnung auf meine Arbeit über die Wertlosigkeit der Provokation,** von ORLOWSKY. Verfasser erkennt die Wirksamkeit der Pepsinlösung und des Wasserstoffsuperoxydverfahrens an.

*F. Hahn-Bremen.*

---

## The British Journal of Dermatology.

März 1908.

**Ungewöhnlicher Fall von Lupus mutilans,** von WALTER G. SMITH. Der Fall betraf einen 36jährigen Kaufmann, bei dem die Krankheit vor etwa sechs Jahren mit Verdickung und Rötung beider Daumen begann, allmählich die Nägel ergriff, so daſs dieselben abfielen, zu Ulcerationen an den Fingerspitzen und Deformität der Finger führte; auſserdem waren auf beiden Wangen zwei symmetrische Stellen von Lupusknötchen und an der Conjunctiva der Ober- und Unterlider beider Augen Lupus vorhanden, ohne daſs aber ein Zusammenhang mit der Wangenaffektion bestand oder die Affektion auf die Nase übergriff. Der bemerkenswerteste Umstand bei dieser seltenen Form von Lupus war die ausgedehnte Erkrankung der Fingerknochen, wie die radiographische Untersuchung ergab. Bezüglich der letzteren Komplikation erwartet S. nichts von einer Behandlung, die Stelle im Gesicht kratzte er aus und behandelte alle suspekten Überreste noch mit flüssiger Karbolsäure, womit das Resultat ein sehr zufriedenstellendes und die Narben kaum sichtbar waren.

**Auf Menschen übertragbare Hautkrankheiten bei Tieren,** von LESLIE ROBERTS-Liverpool. R. teilt diese Krankheiten in drei groſse Gruppen ein. Die erste Gruppe umfaſst eine Anzahl von Kokken, welche an der Grenze von Saprophyten und Parasiten stehen, bei Seborrhoea, Akne (suppurativa), Pityriasis, Folliculitis usw. vorkommen, Affektionen, die sowohl bei Menschen wie Haustieren vorkommen, von deren Übertragbarkeit von diesen auf erstere aber nichts bekannt ist. Die zweite Gruppe schlieſst die Streptokokken ein und deren Manifestationen variieren von leichter Impetigo bis zu den schweren Formen von Lymphangitis, tiefen Abscessen und Erysipel. Die Dermatitis contagiosa pustulosa canadensis, zu welcher Pferde besonders geneigt sind, gehört zu dieser Gruppe und entspricht unserer Impetigo; zahlreiche Fälle von Übertragung ersterer Affektion, die von Kanada im Jahre 1877 nach England eingeschleppt wurde und nicht nur für Pferde, sondern auch für Menschen auſserordentlich kontagiös ist, auf letztere sind publiziert worden. Zur dritten Gruppe

gehören der Tuberkel-, Rotz- und Milzbrandbacillus. Für uns Dermatologen bildet ersterer das gröfste Interesse, Hauttuberkulose bei Tieren und Menschen ist gewöhnlich eine gutartige Affektion, die lokal beschränkt bleibt. Die Übertragbarkeit der Hauttuberkulose von Tier auf Mensch ist durch zahlreiche Beispiele bewiesen worden. Milzbrand ist, soweit bekannt, die einzige Krankheit, bei welcher Haut (Felle), Haare und Wolle, wie sie in der Industrie verwandt werden, noch imstande sind, die Infektion auf Menschen zu übertragen. Zu einer höheren Klasse von Organismen gehören die Streptotrices, welche die Aktinomykose einschliefst; die Ansicht, ob letztere von Tier auf Mensch übertragbar ist, kann in Anbetracht der noch wenig zahlreichen beweiskräftigen Fälle noch nicht mit Sicherheit vertreten werden. Von den Hyphomyceten sind es die Erreger des Ringworm, welche Mensch wie Tier befallen und von letzteren auf erstere übergehen können. Ringworm des Tieres ist relativ häufig in Holland, Frankreich, in der Schweiz, betrifft Hunde, Pferde, Schafe, auch Wild und Vögel und hat bei den verschiedenen Tierarten verschiedene Lokalisationen, die jedoch im allgemeinen einfacher und gleichartiger sind wie beim Menschen und in Kahlheit, abgebrochenen Haaren und Desquamation der Oberhaut besteht. Schliefslich wird noch der durch animalische Parasiten bewirkten, von Tier auf Mensch übertragbaren Hautkrankheiten gedacht, und hier ist es vor allem der Sarkoptes verschiedener Tierarten, welcher von einer zur anderen übertragbar ist, ebenso wie auch Sarkoptes hominis auf das Pferd übertragen werden kann; Scabies ist bei Haustieren eine viel ernstere Krankheit wie beim Menschen und ruft, wenn nicht behandelt, hochgradige Ernährungsstörungen hervor und kann sogar, wie beim Schaf, tödlich enden. Wenn auch fast alle Haustiere, ebenso wie wilde Tiere, von Scabies befallen werden, so glaubt R., dafs vor allem vom Pferde der Mensch damit angesteckt werden kann. *Stern-München.*

---

## Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1909. Het 2.

**Vergleichung der Sporotrichosis mit den Mikrokokken-Infektionen**, von De Beurmann und Gougerot. Schon in frühern Arbeiten hatten die Verfasser ausgesprochen, dafs die Sporotrichose mit manchen nodulären Hautkrankheiten allerlei klinische und anatomische Ähnlichkeiten habe. Hatten diese frühern Arbeiten die Analogien, die zwischen der Sporotrichose einerseits, dem Hauttuberkuloid und dem Hautsyphiloid andrerseits bestehen, aufgedeckt, so verfolgt die vorliegende Arbeit den Zweck, zwischen der Sporotrichose und den bakteriellen Hauterkrankungen einen Vergleich zu ziehen.

Wenn die Sporotrichose im allgemeinen auch fieberlos und ohne andere, klinisch nachweisbare Körperreaktionen verläuft, so kommen doch Fälle vor — und von den Verfassern werden solche mitgeteilt — wo sie als akute, fieberhafte, paroxysmatische Erkrankung auftritt und den Gesamtorganismus schwer in Mitleidenschaft zieht. Auch im Tierversuch sieht man nicht selten eine Sporotrichosis unter dem Bilde einer akuten, febrilen Hautinfektion verlaufen.

Neben dieser einen Beziehung zwischen den beiden Dermatosen läfst sich aber noch ein weiteres Verhalten, in dem sie sich ähneln und zu Verwechselungen Anlafs geben können, nachweisen. Während nämlich das Sporotrichom, ausnahmsweise freilich, aber doch nicht in gar zu seltenen Fällen, unter dem Bilde eines akuten, entzündlichen Abscesses verläuft, kommen andrerseits sogenannte kalte Hautabscesse vor, die nicht tuberkulöser Natur sind, sondern andere mikroorganische Erreger haben. So berichten die Verfasser von einem Kind, das im Verlaufe einer Bronchopneumonie einzelne kalte Hautabscesse aufwies, die nur den Pneumococcus enthielten.

Nach alledem weisen die Verfasser der Sporotrichose ihre Stellung zwischen den tuberkuloiden, modulären Hautkrankheiten und den Kokkeneiterungen an. Klinisch wie anatomisch bestehen zwischen der Syphilis, der Tuberkulose, der Sporotrichose und den Kokkeneiterungen leise Übergänge.

**Eine Statistik und einige Bemerkungen zur Röntgenbehandlung des Oberflächen-Epithelkrebses,** von Lenglet und Sourdeau. Diese Arbeit stammt aus der Klinik von Brocq und ist auf seine Veranlassung entstanden. Er will damit der Ansicht mancher Ärzte entgegenwirken, als ob die Röntgenbehandlung für das Epitheliom wertlos sei und alles Heil nur von der Bestrahlung mit Radium komme. Die vorliegende Statistik gibt ihm Recht. Von 122 in Frage kommenden Patienten hatten sich freilich nur 59 zur Nachuntersuchung gestellt bezw. den Fragebogen gestellt, 63 Umfragen kamen als unbestellbar zurück — wer die Menschheit kennt, den wunderts nicht. Unter diesen 59 gab es 7 Tote, 2 Mifserfolge, 3 leichte Rückfälle, 11 noch in Behandlung stehende und 36 Heilungen. — Am besten hat sich den Verfassern die Röntgenbestrahlung im unmittelbaren Anschlufs an eine Auskratzung bewährt. Die weiteren Bemerkungen über die Technik wolle man im Original nachlesen.

**Epitheliom im Anschlufs an einen Lupus erythematosus,** von W. Dubreuilh und G. Petges. Ein Epitheliom auf der Narbe eines Lupus erythematosus ist ein äufserst seltenes Vorkommnis und in Frankreich bislang noch nicht beobachtet. Die Verfasser bringen zu den bisher bestehenden Veröffentlichungen zwei neue Fälle. In dem ersten handelte es sich um einen 33jährigen Fabrikanten; bei ihm wurde die Narbe eines Lupus erythematosus auf der rechten Nasenseite zum Ausgangspunkt eines Spindelzellenkrebses, der einmal operiert wurde, aber wieder aufbrach und unter unsäglichen Schmerzen zum Tode des Patienten führte. — Der zweite Fall betraf eine Dame, die seit 1892 an Lupus erythematosus des Gesichts litt, der von selbst ausheilte, aber wiederkehrte. Dazu gesellte sich, als sie ungefähr 40 Jahre alt sein mochte, ein Lupus erythematosus der Perinealgegend, der 1904 ärztlich festgestellt wurde. 1908 hatte er sich in ein Epitheliom umgewandelt. Diesmal war der operative Eingriff erfolgreich.

**Erythemato-Urticaria hervorgerufen durch Berührung von Epheu,** von Georges Thibierge. Eine Dame hatte jeden Winter wiederholte Anfälle von Urticaria, die mit Vorliebe die Vorderarme befiel; es entstehen kleine rote Flecke, die bald den Charakter von Urticaria annehmen, und an deren Rand sich Vesikeln bilden. Der Ausschlag dauert, ob behandelt oder nicht, vierzehn Tage und verschwindet, ohne Spuren zu hinterlassen. Gegen das äufserst heftige Jucken half nur heifses Wasser. Es konnte festgestellt werden, dafs der Ausschlag durch Berührung der Haut mit den Blättern — nicht den Blüten — des Epheu ausgelöst wurde.

**Ein Fall von Übertragung des Mikrosporum lanosum vom Hunde auf ein Kind,** von A. Suis. Der siebenjährige Knabe war Träger einer ausgesprochenen Trichophytiasis capitis, als deren Erreger S. das Mikrosporum lanosum nachweist. Er konnte ferner nachweisen, dafs ein kleiner Fox-Terrier von zwei Monaten, mit dem der Knabe viel spielte, ebenfalls an Herpes tonsurans erkrankt war und ebenfalls das Mikrosporum lanosum als Parasiten beherbergte. Auffällig blieb nur, dafs mehrere andere Hunde, mit denen das Tier immer zusammen war, vollkommen gesund blieben.

**Drei Fälle von Ulcus simplex penis mit abscedierender Lymphangitis und Bildung von neuen Schankern auf der Haut des Penis,** von Pierre Gastinel. Die Inhaltangabe erschöpft sich durch die Überschrift. *Türkheim-Hamburg.*

---

## Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1909. Band I, Heft 2.

1. **Primäres Carcinom des rechten Ureters,** von GIUSEPPE ZIRONI - Suzzara. Aus dem Italienischen übersetzt von EMILE LEGRAIN. Beschreibung eines Falles vom primären Carcinom der Schleimhaut des rechten Ureters mit metastastischer Erkrankung der periure teralen lymphatischen Drüsen und rechtsseitiger Hydronephrose. Der gröſste, im unteren Drittel des Ureters befindliche Karzinomknoten war zentral erweicht und schloſs einen Oxalatstein ein, der nach Ansicht Z.s für die Pathogenese der Neubildung von Bedeutung war. Da sich Oxalatkonkremente sehr langsam entwickeln, muſs angenommen werden, daſs der Stein schon vor Beginn der Geschwulstbildung vorhanden war; der durch ihr verursachte chronische Reiz mag einen Entzüdungsprozeſs hervorgerufen haben, der dann zur Entstehung des Neoplasmas führte.

2. **Beitrag zur Kenntnis der üblen Zufälle nach urethraler Elektrolyse,** von ABADIE-Oran. A. warnt davor, die Elektrolyse bei chronischen Urethritiden und Harnröhrenstrikturen als eine sichere und radikal heilende, absolut gefahrlose Methode hinzustellen, wie das von mancher Seite geschieht. Er selbst hat in zwei Fällen von Harnröhrenstriktur und in zwei Fällen von chronischer Urethritis recht schlimme Folgen der von anderer Seite vorgenommenen Elektrolyse beobachtet: bei dem einen Kranken entstand Harninfektion und akute Harnverhaltung, die eine Punktion der Blase erforderlich machte, bei dem zweiten akute Retention und partielle Gangrän der Urethra, die zur Ausstoſsung des nekrotisierten Harnröhrenteiles führte, der dritte bekam eine Hoden Nebenhodenentzündung und beim vierten war eine schwere Harninfiltration, Gangrän des Skrotums und der Haut des Penis und Tod das Resultat der Behandlung.

Gleich der Urethrotomie kann die Elektrolyse bei Harnröhrenstrikturen immer nur Vorbereitung für die Ausführung einer Dilatationskur sein, und als solche hat sie nach A. in einzelnen Fällen sicher ihre Berechtigung, so wenn es gilt, rasch eine Erweiterung herbeizuführen. Im allgemeinen aber zieht A., wenn überhaupt ein Eingriff vor Beginn der Dilatationskur notwendig ist, die Urethrotomie der durchaus nicht ungefählichen Elektrolyse vor; bei kallösen Strikturen ist diese jedenfalls kontraindiziert. Ebensowenig, wie die Urethrotomie, schützt die Elektrolyse vor Strikturrezidiven; und die Behandlung einer chronischen Urethritis ist nach Beseitigung der Verengerung mittelst Elektrolyse und Dilatation genau so kompliziert, wie in einem Falle, in dem Elektrolyse nicht zur Anwendung kam.

Heft 3.

1. **Methodische Untersuchung der Urethra,** von MOTZ. Die schlechten Resultate, die bei der Behandlung chronischer Urethritiden so häufig sind, müssen nach M. hauptsächlich auf mangelhafte Kenntnis der pathologisch-anatomischen Verhältnisse auf ungenügende Beherrschung der notwendigen Untersuchungsmethoden und auf einen fehlerhaften Gang der Untersuchung zurückgeführt werden. Nach einigen anatomischen Vorbemerkungen schildert M. die Veränderungen, die sich im Laufe der Entzündung in und an der Urethra bilden, die Hilfsmittel und Methoden, die zu ihrer Diagnose zur Verfügung stehen, und die Reihenfolge, in welcher die Untersuchungen vorzunehmen sind; wenn dabei naturgemäſs im wesentlichen auch nichts Neues vorgebracht wird, so sind die präzisen Ausführungen M.s doch überaus lehrreich; die Lektion des Artikels sei daher ausdrücklich empfohlen.

Wiederholt weist M. darauf hin, daſs chronische, zur Entstehung von Strikturen führende Urethritiden vorhanden sein können, ohne das irgendwelcher Ausfluſs oder auch nur Trübung des Urins besteht; daſs ist der Fall, wenn das normale Zylinder-

epithel der Harnröhre sich in Plattenepithel umgewandelt hat, das für Leukocyten nicht durchgängig ist. Die durch solche Urethritiden verursachten unangenehmen Empfindungen werden oft als Neuralgie der Harnröhre gedeutet. Die entzündlichen Infiltrationen der Schwellkörper, die ebenfalls zur Bildung von Strikturen Veranlassung geben können, machen gewöhnlich gar keine klinisch erkennbaren Erscheinungen; sie sind nur durch Palpation nachweisbar, wie überhaupt die Palpation und Expression der Urethra und ihrer Drüsen über einen Bougie großen Wert besitzt.

Bei chronischen Urethritiden findet man verhältnismäßig selten Gonokokken, viel häufiger andere und zwar zumeist anaërobe Bakterien. Reich an solchen ist aber das Sekret nur dann, wenn die Veränderungen ausschließlich oder doch zum größten Teile die Oberfläche der Schleimhaut betreffen. Dies sind die Fälle, bei welchem durch Spülungen mit Desinfektionsmittel, z. B. mit Sublimatlösung 1 : 20000 gute Resultate erzielt werden, bei welchen solche Spülungen aber auch vor jeder Einführung eines Instrumentes vorgenommen werden müssen. Zumeist jedoch enthalten die Sekrete Bakterien in nur geringer Zahl, daß sie sich nur durch die Kultur, nicht durch einfache Färbung, nachweisen lassen. Aseptische Urethritiden, Harnröhrenentzündungen mit bakterienfreiem Sekret gibt es absolut nicht, ebensowenig wie aseptische Prostatitiden.

2. **Partielle Hydronephrose, Verdoppelung des oberen Endes des Urethers,** von Rafin-Lyon. Beschreibung eines Falles von Hydronephrose, bei dem nur die untere Partie der Nieren in einen Sack umgewandelt war, während im oberen, 6—7 cm langen Teil das Nierengewebe nahezu intakt erschien. Das obere Ende des Urethers war verdoppelt; die Ursprungstelle des einen Armes war im gesunden Teil der Niere, die des anderen im hydronephrotischen Sack.

3. **Einige Fortschritte in der Technik der Röntgenphotographie der Harnwege,** von Ancelin. Zur Herstellung einer guten Röntgenphotographie bedarf es eines bestimmten Strahlenquantums. Ob dieses Quantum im Verlauf von 20 oder im Verlaufe von 3 Minuten zur Anwendung gelangt, bleibt sich für die Gewebe nach A.s Ansicht ganz gleich; daher ist auch die Anschauung unrichtig, daß lange Expositionen schädlich sind. Dagegen sind sie für den Kranken unangenehm und beschwerlich und für den Arzt zeitraubend; daher verwendet A. an Stelle des bisher von ihm gebrauchten Apparates, mit dem er Aufnahmen nur in 15 — 30 Minuten machen konnte, einen Draultschen Induktor mit 30 cm Funkenlänge, der Aufnahmen der Nieren in 1—3 Minuten ermöglicht.

Daß mit Hilfe der Röntgenphotographie Gewicht und Größe eines Nierensteines annähernd abgeschätzt werden könne, hält A. trotz des Widerspruchs Nogiers für erwiesen. Die Abschätzung ist möglich, wenn die Antikathode immer in der gleichen Entfernung von der Platte bleibt, gleich viel wie dick der Patient ist, das erreicht A. durch einen Kompressor, der von der Röhre vollständig unabhängig ist.

Zur photographischen Untersuchung der Harnorgane gebrauchte A. bisher fünf Platten: zwei für die Nieren, und die oberen Teile der Ureteren, zwei für die unteren Teile der Ureteren und eine für die Blase. Jetzt genügen ihm drei Platten: zwei für die Nieren und die oberen Partien der Ureteren und eine für die unteren Partien der Ureteren und die Blase; zu den Nierenaufnahmen kommt die Crista ilei auf den unteren, zur Aufnahme der Blase auf den oberen Rand der Platte zu liegen.

Zu weilen findet sich auf der Platte entsprechend der unteren Partie des Ureters ein Schatten, der durchaus dem Schatten eines Steines gleicht, obwohl kein Stein vorhanden ist; solche Schatten rühren vielleicht von verkalkten Drüsen, atheromatösen Arterien oder dergleichen her. Um einen Irrtum auszuschließen, empfiehlt es sich, Aufnahmen nur nach Einführung einer für die Röntgenstrahlen undurchgängigen Ureteren-

sonde zu machen; sieht man auf der Platte, dafs die Sonde über den Schatten des vermeintlichen Steines hinausragt, dann kann es sich in Wirklichkeit nicht um einen Ureterenstein handeln. Durch Sondierung des Ureters allein kann die Existenz eines Steines im Ureter nicht mit Sicherheit festgestellt werden; denn das Vordringen der Sonde wird zuweilen auch durch eine Verengerung oder Knickung des Harnleiters behindert. Nur Sondierung und Röntgenphotographie geben absolute Sicherheit. Kleine Nierensteine werden nach Eröffnung der Nieren oft nur schwer gefunden; um langes Suchen zu vermeiden, operiert man am besten und unmittelbar im Anschlufs an die photographische Aufnahme, während die Uterensonde noch liegt.

Heft 4.

1. **Behandlung der Blennorrhoe mit einer Mischung von Argentum nitricum und Zincum nitricum**, von Balzer und Tansard. Nachdem die Verfasser bei Ulzeration und Erosionen der Haut und der Schleimhäute durch Ätzung mit Höllenstein und unmittelbar darauf folgende Applikation eines Zinkstiftes, dann bei weichen Schankern durch Aufpinseln einer Lösung von Argentum nitricum und Zincum nitricum = 0,5—1,0 : 10,0 oder durch feuchte Verbände mit einer 1/2—2 %igen Lösung der beiden Nitrate sehr gute Resultate erzielt haben, wenden sie seit längerer Zeit eine Kombination von Argentum nitricum und Zincum nitricum auch bei akuten und bei oberflächlichen, chronischen Harnröhrenblennorrhöen in Form Janetscher Spülungen des vorderen und hinteren Harnröhrenteiles mit sehr befriedigenden Erfolgen an. Sie benützen in akuten Fällen eine Lösung = 1,0 : 15000,0—1000,0, bei chronischen Blennorrhöen eine Lösung = 1,0 : 10000,0—6000,0; die Spülungen werden stets sehr gut vertragen, es stellte sich nur nach Behandlung der hinteren Harnröhrenpartie rasch vorübergehendes Brennen und kurz dauernder Harndrang ein, die Blasenschleimhaut wird durch die Lösung nicht irritiert. Bei unkomplizierten akuten Blennorrhöen wurde durchschnittlich in 17 Tagen, d. h. durch 17 Spülungen, in Fällen, die mit Epididymitis oder Prostatitis in Behandlung kamen durch 24—28 Spülungen Heilung erzielt; der Ausflufs hörte meist schon nach wenigen Tagen fast vollständig auf. Mit den Spülungen wurde immer erst nach Ablauf der ganz akuten Entzündungserscheinungen begonnen; ob durch Beginn der Behandlung sehr bald nach erfolgter Infektion eine Abortivheilung erreicht wird, konnten die Verfasser bis jetzt nicht feststellen, halten es aber sehr wohl für möglich. Zur Unterstützung der lokalen Behandlung geben die Verfasser immer Balsamica: aufserdem kann man neben den täglich vorzunehmenden Spülungen vom Patienten zweimal täglich eine Einspritzung mit Protargallösung machen lassen.

Vielleicht noch wirksamer als bei akuten Blennorhöen sind die Spülungen mit Argentum nitricum-Zincum nitricum-Lösung bei oberflächlichen chronischen Blennorrhöen, bei denen keine Prostatitis oder Striktur vorhanden ist. Die Verfasser haben solche Fälle durchschnittlich durch 18 Spülungen zur Heilung gebracht.

2. **Über den Mechanismus der Ejakulation des Harns durch die Ureteren**, von F. Cathelin-Paris. Die Annahme, dafs der Harn durch peristaltische Kontraktionen der Ureteren in regelmäfsigem Rythmus in die Blase ausgestofsen wird, ist nach C. falsch; das beweist schon die eine Tatsache, dafs eine rythmische Ausspritzung des Urins statt hat, wenn ein Ureterenkatheter bis in das Nierenbecken eingeführt, der Ureter also ganz ausgeschaltet wird. Die rythmische Ejakulation des Harnes, die nach Einführung eines Ureterenkatheters zu beobachten ist, hält C. für die Folge rascher Kontraktionen des Nierenbeckens, die aber nur durch den Reiz des Katheters ausgelöst, also eine künstlich hervorgerufene Erscheinung sind, sonst aber nicht vorkommen. Betrachtet man die Harnleitermündung mittelst des Cystoskops, so sieht man, dafs der Urin, wenn die Nieren intakt sind, nicht rythmisch ausgestofsen wird,

sondern gleichmäfsig, wenn auch mit kurzen, durch die systolische Blutwelle erzeugten Unterbrechungen ausfliefst; dagegen geht bei krankhaft veränderten Nieren der Austritt des Harns aus den Ureteren unregelmäfsig vor sich. Eine rythmische Ausstofsung des Harns durch den Ureterenkatheter findet nicht statt, wenn grobe Veränderungen der Nieren, wie z. B. bei Hydronephrosen, vorhanden sind; die Ejakulation ist in solchen Fällen ganz unregelmäfsig. Das ruckweise Ausfliefsen des Harns nach Einführung eines intravesikalen Separators scheint auf rythmische Ejakulation des Harns durch die Ureteren hinzuweisen, ist aber in Wirklichkeit die Folge der Reaktion der Blase auf die Reizung durch das Instrument. In den Ureteren bewegt sich der Harn in schnellen kurz abgesetzten Wellen fort; diese haben ihren Ursprung in den Nieren selbst, wo sie durch die Pulswellen erzeugt werden. Die Blasenmündung der Ureteren besitzt keinen eigentlichen Sphinktor; sie öffnet sich wie eine Klappe und läfst den Harn in die Blase fallen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen C.s beweisen, dafs die normale Ejakulation des Harns nur möglich ist, wenn die sezernierenden Teile der Nieren, Nierenbecken und Ureteren intakt sind.

3. **Blennorrhoische Harnröhrenstriktur, Katheterisierung, tödliche Hyperthermie, Autopsie**, von Troisfontaines-Liège. Bei einem 43jährigen Mann mit enger blennorrhoischer Harnröhrenstriktur und leichter Cystitis trat 5 Stunden, nachdem ein dünner elastischer Verweilkatheter angelegt worden war, ein heftiger Schüttelfrost mit Temperatursteigerung bis 41,5° auf. Der Katheter wurde sofort entfernt, die Temperatur fiel während der folgenden Nacht zur Norm ab, das Allgemeinbefinden des Patienten war am nächsten Tage durchaus befriedigend. Drei Tage später wurde wieder ein Verweilkatheter eingeführt: nach drei Stunden kam abermals ein heftiger Schüttelfrost mit Temperatursteigerung bis 42,6° und nach weiteren drei Stunden starb der Mann. Bei der Sektion fand sich starke Erweichung der Milz, ein Blasendivertikel, mäfsige Hypertrophie der Blasenwand, eine sehr enge Striktur im bulbösen Harenröhrenteil und peripher von der verengten Stelle zwei ganz oberflächliche, kaum bis in das submuköse Gewebe reichende Schleimhautverletzungen.

Die Ursache der tödlichen Hyperthermie war zweifellos eine äufserst akute Infektion, die ihren Ausgangspunkt in den minimalen Schleimhautverletzungen hatte.

*Götz-München.*

---

**Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.**

Band XVII. Januar 1909.

I. **Zur Pathologie des Molluscum contagiosum**, von Kaschin. In dem beschriebenen Fall handelte es sich um das Vorkommen von etwa 100 Molluskumknötchen auf der Brust, dem Rücken, der inneren Fläche der Oberschenkel und der äufseren Seite der Ober- und Unterarme bei einem 25jährigen Mann. Einzelne Knötchen zeigten Kratzeffekte, einzelne waren umgeben von einem roten Hof. Das Gesicht und die Geschlechtsteile waren frei von Knötchen. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand K. aufser den Patersonschen Körpern eine Hyperplasie des Str. granulosum Langerhans, welches anstatt der gewöhnlichen ein bis zwei Zellreihen aus fünf bis sechs bestand, wie eine Verdickung des Coriums überhaupt. Er ist daher der Ansicht, dafs als Ausgangspunkt des Leidens das Str. granulosum anzusehen ist, welches durch irgend einen uns noch unbekannten Reiz zur stärkeren Wucherung angeregt wird.

II. **Einige Bemerkungen zur Diagnose der Primäraffekte an den Mandeln**, von Prof. Pospelow. Die Schanker des Rachens werden nach P. durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

1. durch eine Zunahme der Unterkieferdrüsen, auf derjenigen Seite, wo die primären Papel oder das primäre Ulcus des Rachens sitzt;

2. durch eine bei der Palpation sich hart anfühlende und fast immer bei Druck schmerzhafte Vergröſserung der Mandeln;

3. durch eine der Sklerose schon längere Zeit vorausgehende Unbequemlichkeit, ja sogar Schmerzhaftigkeit beim Schlucken;

4. durch eine Assymetrie des Rachens bei einseitiger Erkrankung desselben;

5. durch intensive Röte und Schwellung der primären Rachenpapel;

6. durch eine Mitbeteiligung der Umgebung der Mandel;

7. durch Bildung eines fettähnlichen graubraunen, gangränösen Belages, welcher oft die Spirochaeta pallida enthält;

8. durch unregelmäſsige, meist unterminierte, harte Ränder;

9. durch Annahme eines blasseren Farbentones, wenn die primäre Sklerose sich auch auf die Gaumenbögen ausdehnt, so daſs diese auf die Sklerose einen Druck ausüben;

10. durch gelegentliches Auftreten von Taubheit infolge Schwellung und Druck der Sklerose auf die Tuba Eustachii;

11. durch Fehlen primärer syphilitischer Papeln an den Geschlechtsteilen und Fehlen der charakteristischen Vergröſserung der inguinalen Lymphdrüsen.

III. **Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Ung. hydrarg. oleinicum** von der Firma Parke & Davis, von Hefter. In vier Fällen, wo H. das Ung. hydr. oleinicum zu 4,0 pro die einreiben lieſs, sah er in drei Fällen kein schlechteres Resultat, als bei sonstigen Einreibungskuren, in einem Fall einen sehr langsamen Schwund der Erscheinungen. Die Salbe lieſs sich leicht einreiben, verursachte keine Reizung der Haut und beschmutzt die Wäsche wenig.

IV. **Verletzung des Hodens durch eine psychopathisch veranlagte Frau beim Coitus**, von Liefschütz. Zur Steigerung des Wollustgefühls hatte die betreffende Person schon früher beim Verkehr mit einem und demselben Mann ihm während der Kohabitation das Scrotum mit einer Nadel gestochen, woran er sich auch gewöhnt hatte und was er sogar als angenehm empfand, bis die Nadel brach und im Hoden stecken blieb. *Arthur Jordan-Moskau.*

---

## Bücherbesprechungen.

**Syphilis osseuse (Syphilis acquise)**, von Louis Spillmann-Nancy. (G. Steinheil, Paris 1909.) Eine hübsche Studie, in der namentlich die Pathogenese, die pathologische Anatomie und die Klinik der akquirierten Knochensyphilis eingehend und klar geschildert werden. Ganz vorzüglich sind die Abbildungen von Präparaten aus der Sammlung Fourniers, die dem empfehlenswerten kleinen Werke beigegeben sind.

*Götz-München.*

**Der Syphilisbacillus**; seine Geschichte, Literatur, Kultur und spezifische Pathogenität für Tiere und Menschen, von Max von Niessen-Wiesbaden. Mit 37 Tafeln (davon 4 in Farbendruck). Otto Nemnich, Leipzig 1908. Der unermüdliche Verfasser legt in diesem trefflich ausgestatteten Werke die Summe seiner Arbeiten nieder, die er seit 15 Jahren über seinen Syphilisbacillus geliefert hat, und man weiſs nicht, ob man mehr den Fleiſs und Ausdauer als den Optimismus, mit welchem er seine An-

sichten vertritt, bewundern mufs. Einleitend hebt er hervor, dafs dieser Syphilisbacillus den strengsten Anforderungen an die Beweiskraft seiner spezifischen Pathogenität genügt. Nicht nur, dafs er in jedem Fall von erworbener und vererbter Syphilis als eigenartiger Myzet mit markanten kulturellen, wenn auch individuell bis zu einem gewissen Grade variablen Merkmalen gefunden wird, aufser bei Syphilis und was genetisch zu ihr gehört, nicht vorkommt, erzeugt er bei allen bisher zur Übertragung verwendeten Tierarten geradezu frappante Syphilissymptome, die denen bei menschlicher Syphilis, auch bezüglich des Verlaufes durchaus identisch sind. Der Syphilisbacillus steht also, wenn man den von R. Koch geforderten Mafsstab an die Echtheit der pathogenen Mikroorganismen anlegt, keinem anderen derselben nach und ist sogar den meisten an kausalem Wert überlegen. Von Niessens Züchtungsversuche der Causa morbi und bakteriologische Analysen verschiedener Immunserumarten brachten ihn zu dem Schlusse, dafs die Spätformen der sogenannten Tertiärsyphilis, die mit „Meta- und Parasyphilis" ebenso „viel- wie nichtssagend" bezeichneten Folgezustände der Infektion, ihre Nachkrankheiten nichts anderes sind, als die Infektion in ihrer diathetischen Propagation selbst, dafs also die vermeintliche Immunität auf dem chronischen Infektionsprozefs selbst beruht. Die Hoffnung auf eine Syphilisserumtherapie werde auch dadurch hinfällig, denn v. N. konnte im Laufe der Jahre an einem Material von fast 300 Syphilisfällen feststellen, dafs es weder eine genuine, spontane noch eine künstliche Syphilisheilung gibt; das Blut enthält vielmehr stets, selbst bei regelrecht und durchgreifend Behandelten das spezifische Kontagium, wenn auch in wechselnder Menge, Entwicklungsstufe und Potenz.

Das erste Hauptkapitel der Arbeit behandelt die Morphologie und Biologie (Züchtungsart und Mykologie) des Syphilisbacillus; kurz zusammengefafst sind dessen charakteristischen Merkmale folgende: 1. Züchtbarkeit aus dem syphilitischen Blut aller Stadien, am besten in Gelatine und Bouillon bei Blutwärme. 2. Fortpflanzungsfähigkeit in beliebig vielen Generationen auf Agar und menschlichem Blutserum, in und auf Gelatine, sowie in Bouillon. 3. Farbenwechsel von Grauweis zu Gelb, verschiedener Töne und umgekehrt. 4. Formenwechsel von den ursprünglichen Diplokokkenform zu vielseitigen Formvarietäten und Schwanken innerhalb sehr erheblichen Gröfsendimensionen. — Die verschiedenen Formen sind meist bei 800 facher Vergröfserung aufgenommen und in zahlreichen Tabellen wiedergegeben.

Das zweite Kapitel enthält 50 Stichproben der verschiedensten Fälle aus Verfassers Kasuistik; er erklärt die bakteriologische Blutanalyse als stets zuverlässig (auch bei noch so zweifelhaften Fällen!) universell gültig und weit überlegen dem vielfach fraglichen, unmöglichen Spirochätennachweis und der schwierigen, zudem nicht eindeutigen Serodiagnose. Das folgende Kapitel bespricht die Tierversuche am Affen, Schwein, Pferd, Kaninchen, Frosch; als unwiderlegliche Beweisstücke für die Echtheit des von v. N. reingezüchteten Syphiliserreges gibt er besonders eingehend die Versuchsergebnisse, welche ein Schwein, ein Pferd und ein Kaninchen betreffen, wieder. Bei erstgenanntem Tiere waren 1. eine durch alle Organe in gleicher Weise zu konstatierende Erkrankung der Gefäfswände in Form von Bindegewebshypertrophie und proliferierender Intimawucherung als Endarteriitis obliterans; 2. vascularisierte sulzige Massen im Duralsack des Rückenmarkes als Leptomeningitis spinalis und 3. die Bildung zweier Gummata im Markraum beider Kieferknochen als Osteomyelitis gummosa festgestellt werden; ausschlaggebend für die Spezifität der Erscheinungen sind das Gesamtbild des klinischen Verlaufs und das Vorhandensein eines Gummas. Ebenso waren die Befunde beim Pferd, wobei v. N. folgende fünf Hauptfaktoren hervorhebt: 1. Für Syphilis

hominis typische Knochenveränderungen. 2. Typische Nervenlähmung, 3. Bindegewebswucherungen. 4. Gummata. 5. Bazillenbefunde im Blute; damit sei auch der Beweis für die artefizielle Übertragbarkeit der menschlichen Syphilis auf Warmblüter, hier speziell auf das Pferd, gegeben. Auch beim Kaninchen gelang es dem glücklichen Forscher, typisch syphilitische Erscheinungen zu reproduzieren. In einem Schlufskapitel fafst er seine Ansicht über das Wesen des Syphiliserregers folgendermafsen zusammen. Derselbe ist in einer Myzet, der vielfachem Wechsel in Form und Farbe unterliegt und bei Syphilis aller Art aus dem Blute in Reinkultur zu züchten ist. Die Spirochaeta pallida Schaudinn ist, soweit für die Syphilisursache mit verantwortlich, nur eine seiner aufserordentlich zahlreichen Wuchsformen und entsteht durch Reihenbildung und Keimung aus der Kokken- resp. Kokkobazillengrundform. Diese Faden- resp. Filiform, ist nichts anderes als ein Analogon der Hyphenbildung; die Spirochaetenform ist eine passagere, als solche entweder verwesend oder in Fruktifikationsstufen von Kokkensporen übergehend.

Eine Reihe von Thesen fassen zum Schlusse die Forscherergebnisse des Verfassers zusammen. Die ersten beiden lauten: 1. Die Syphilis ist mindestens so alt, als das Menschengeschlecht. 2. Die vergleichende Mykologie, Phylogenie und Pathologie sprechen dafür, dafs die spezifische Anthropo-Pathogenisierung des saprophytisch und fermentativ ubiquitären Phytoplasmas zum Syphiliserreger und die Enstehung des ersten Syphilisfalles sich ebensogut in der alten wie in der neuen Welt vollzogen haben kann. Die folgenden Thesen wiederholen nur das schon über den Syphilisbacillus Berichtete. In den weiteren Thesen wird die Syphilis für eine absolut unheilbare in mehreren Generationen vererbbare Krankheit erklärt. Da es noch kein wirksames spezifisches Syphilistoxin und keine absolute Syphilisheilung gibt, so gibt es auch noch keine Syphilisimmunität und keine Syphilisserumtherapie. Reinfektion ist kein Beweis für die Syphilisheilung, es kann vielmehr eine Superinfektion sogar zu einer Zeit erfolgen, wo die Syphilisinfektion erster Auflage noch persistiert und selbst manifest ist. Ein Collessches und Profetasches Gesetz existiert also nicht, eine latente Syphilis bleibt gleichwohl, auch als Syphilis hereditaria tarda, eine Syphilis. Eine prophylaktische Syphilisation des Menschen (Serum, Vaccine) ist unter allen Umständen als mit Syphilisinfektion gleichbedeutend zu verbieten, solange Syphilisprodukte und Serum verwendet werden. Es besteht kein Anlafs, die bisherige, lege artis geübte spezifische Syphilisbehandlung mit Quecksilber und Jod, sowie nicht zuletzt mit physikalisch-diätetischen Heilfaktoren aufzugeben; der vegetarischen, fleischlosen Diät kommt im Kampf gegen die Syphilis eine grofse Bedeutung zu. Eine wirksame Syphilisbekämpfung ist nur auf dem Wege der Hygiene, Pädagogik und Gesetzgebung erreichbar (Verbot gewerblicher Prostitution, Aushängen der Prostituiertenlisten, Anzeigebefugnis des Arztes in gemeingefährlichen Fällen, Gesundheitsnachweis vor Eheschliefsung usw.). Vom Fleifse des Verfassers zeugt auch das als Anhang beigegebene Verzeichnis (Auszug) der Literaturprodukte über Syphilisätiologie, Tiersyphilis und experielle Syphilisforschung von 1896—1908, sowie das seiner eigenen, mit dem Jahre 1894 beginnenden Arbeiten.

*Stern-München.*

**Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten**, herausgegeben von Erhard Riecke-Leipzig. Verlag von Gustav Fischer-Jena, 1909). Mit 14 Farbentafeln und 235 Textabbildungen. Der Herausgeber hat nur einige Kapitel des Buches (Psoriasis und Lichen und die Verhornungsanomalien) verfafst und liefs die übrigen Teile im Sinne des Lehrbuchs der inneren Medizin von v. Mehring (Krehl) von verschiedenen anderen Dermatologen bearbeiten. Er verzichtete deshalb von vornherein darauf, die spezielle Dermatologie in ein festes System zu ordnen und verteilte den Stoff nach

seinen praktischen Gesichtspunkten. Hervorzuheben ist die Fülle von Abbildungen von denen die Farbigen, wenn auch nicht ganz, an die Bilder der Pratique dermatologique heranreichen und dem Studierenden eine willkommene Ergänzung des in der Klinik genommenen Anschauungsunterricht bieten werden.

Die allgemeine Dermatologie ist von Riehl-Wien nach Stenogrammen seiner Vorlesung in gekürzter Form verfaſst und besteht aus einem anatomischen und physiologischen Teil, dem dann die Symptomatologie folgt. Vielleicht wäre ein histopathologisches Kapitel als Einführung in die mikroskopische Erkenntnis der Hautkrankheiten von Nutzen gewesen, besonders, da sich das Buch hauptsächlich an Studierende und praktische Ärzte, also an nicht Fachdermatologen wendet.

Die spezielle Dermatologie beginnt Ehrmann-Wien mit einem Kapitel über das Ekzem. Bettmann-Heidelberg behandelt den Pemphigus und die Herpesformen, Zumbusch-Wien die Zirkulationsstörungen und Erytheme. In die übrigen Hautkrankheiten teilen sich Török-Budapest (Lupus erythematodes, Erkrankungen der Hautdrüsen und Haare), Grouven-Bonn (Infektionskrankheiten: Tuberkulose, Lepra usw.), Tomasczewki-Halle (Sklerodermie, Atrophie und die Neubildungen) und Jesionek-Giessen (die parasitären Erkrankungen). Besondere Sorgfalt ist immer auf die Diagnose und Therapie verwendet, so daſs der in erster Linie praktische Zweck des Buches voll erreicht wird. Aber auch die selteneren, schwierigen Krankheiten finden unter Eingehen auf die modernen Anschauungen und Kontroversen volle Berücksichtigung, ohne daſs aber durch Weitschweifigkeit auf diesem Gebiete der Charakter des Buches verloren ginge. Auch sind diese für den Praktiker minder wichtigen Dinge durch kleineren Druck gekennzeichnet. Die Literaturangaben bringen nur das Nötigste, sind aber ausführlich genug, um auch dem angehenden Dermatologen manche Winke geben zu können. Unbedingt gröſser könnte die Zahl der mikroskopischen Abbildungen sein. Es würde hierdurch das Verständnis der mit Recht kurz gehaltenen anatomischen Bemerkungen wesentlich erleichtert werden.

Der dritte Teil ist den venerischen Krankheiten gewidmet. Bruhns-Charlottenburg übernahm die Blennorrhoe und das Ulcus molle. Besonders liebevoll ist auch hier wieder die Therapie behandelt, die sich rühmlich durch Einfachheit auszeichnet. Eine genaue Indikationsstellung wird durch jedesmalige Darstellung des pathologischen Vorgangs erleichtert. Die Untersuchungsmethoden sind, soweit sie für den praktischen Arzt in Betracht kommen, ausführlich behandelt. Kompliziertere Spezialmethoden werden nur angedeutet. Den Ehekonsens macht B. nicht vom völligen Verschwinden aller Symptome abhängig. Ist noch Sekretion aus der Harnröhre vorhanden, so darf sie wenigstens bei genügend häufigen Untersuchungen keine Gonokokken mehr enthalten und soll möglichst rein epithelialer Natur sein. Fäden dürfen ebenfalls keine Gonokokken und nicht zu reichliche Eiterungen enthalten. Ausserdem plädiert er für eine mehrmonatliche Beobachtungszeit nach Aussetzen der Behandlung.

Die Syphilis ist von Buschke-Berlin bearbeitet. Auch hier nimmt die Therapie einen breiten Raum ein. Hervorzuheben ist sein Standpunkt, mit dem Beginn der Behandlung bis zum Auftreten der Sekundärsyptome zu warten. Inunktionen, lösliche (Sublimat) und unlösliche Injektionen empfiehlt er gleichmäſsig. Er behandelt chronisch intermittierend und zwar, im ersten Jahr mit drei Kuren, im zweiten mit zwei und im dritten mit einer Kur. Vor Atoxyl warnt er mit Recht. Fünf Jahre nach der Infektion gestattet er dem Manne die Ehe. Ein Kapitel handelt über die Wassermannsche Reaktion. Vielleicht wäre eine kurze leicht verständliche theoretische Erörterung von Interesse gewesen. Hervorheben möchte ich noch seine Forderung, die Wassermannsche Reaktion bei der Ammenuntersuchung in Anwendung zu bringen.

*Gunsett-Straſsburg.*

**Einleitung zu einer Klinik der venerischen und Hautkrankheiten,** von CHR. AUDRY-Toulouse. (Chr. Dirion, Toulouse, 22 Rue de Metz.) Kleines Lexikon der dermatologischen Terminologie, bestimmt für die französischen Medizinstudierenden, welche ohne Vorkenntnisse schon im zweiten und dritten Jahre einer dermatologischen Abteilung überwiesen werden. Die Brochüre könnte Deutschen, welche sich mit der französischen Terminologie vertraut machen wollen, Dienste leisten.

*Gunsett-Straßburg.*

---

# Mitteilungen aus der Literatur.

## Lokale Infektionskrankheiten.

### a. *Oberhaut.*

**Über Ichthyosis congenita,** von PAUL HUEBSCHMANN-Genf. (*Arb. a. d. Gebiete d. pathol. Anat. a. d. pathol. Inst. zu Tübingen.* Bd. VI, Heft 2.) Der Verfasser berichtet von zwei Fällen, deren Sektions- und histologischen Untersuchungsbefund er bringt. Nach seiner Annahme ist die Ichthyosis congenita eine auf einer fehlerhaften Keimanlage beruhende Verhornungsanomalie der Epidermis. Er fand an ziemlich vielen Stellen der Nabelschnur auf dem Epithel dünne homogene hornähnliche Lamellen, welche an keiner Stelle die GRAMsche Färbung annahmen. Wahrscheinlich spielt eine Hyperplasie des Rete Malpighi eine Rolle beim Zustandekommen der Krankheit; der Beginn der Krankheit fällt wohl in die letzten Monate der Schwangerschaft. Als Ursache des Todes ichthyotischer Kinder ist Allgemeininfektion anzunehmen, deren Eingangspforte überall auf der Haut, besonders in den offenen Rhagaden zu suchen ist.

*Schourp-Danzig.*

**Kasuistischer Beitrag zur sogenannten „Arthropathia psoriatica",** von WOLLENBERG-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 2.) Ein 24 Jahre altes, seit 14 Jahren an Psoriasis leidendes Mädchen, erkrankte vor etwa einem Jahre an langsam einsetzenden Schwellungen und Schmerzen verschiedener Fingergelenke. An diesen wie an beiden Talokruralgelenken wurden durch Röntgenaufnahme Veränderungen konstatiert, welche dem primär chronischen Typus der progredienten Polyarthritiden ähneln. Es wurde mit Erfolg eine Moorbadkur durchgeführt. Trotzdem ist die Prognose nach den bisherigen Erfahrungen ungünstig; „speziell pflegt sonst die Psoriasis in der Zeit, wo die Deformitäten der Gelenke ausgesprochen sind, der Behandlung zu spotten." *Arthur Schucht-Danzig.*

**Parapsoriasis guttata,** von L. M. BONNET-Lyon. (*Gaz. d. hop.* 1909. Nr. 8.) BROCQ beschrieb unter diesem Namen eine maculo- und papulo-squamöse Eruption, deren Elemente ohne Cutisinfiltration eine entweder sehr festhaftende oder sich in toto wie eine Oblate leicht ablösende Kruste zeigen, ohne aber dann den für Psoriasis charakteristischen Grund aufzuweisen. Sie ähnelt am meisten einem syphilitischen Ausschlag ohne Infiltration oder einer nicht ausgebildeten Psoriasis, ist nicht pruriginös, hat einen langsamen Verlauf und heilt schlecht. Der Verfasser teilt einen mit dieser Beschreibung identischen Fall mit. Seit BROCQs Beschreibung sind identische Fälle nur von EUDLITZ, CIVATTE und MILIAN beschrieben. Wahrscheinlich sind mit ihr verwandt die Parakeratosis variegata (UNNA), das psoriatiforme und lichenoïde Exanthem (JADASSOHN), die Erythrodermie pityriasique en plaques disséminée (BROCQ), die Pity-

riasis chronica lichenoïdes (JULIUSBERG), die Dermatitis psoriasiformis nodularis (JADASSOHN), der Lichen variegatus (CROCKER) usw. Der von MILIAN ausgesprochenen Ansicht, dafs die Affektion zu den Tuberkuliden gehöre, stimmt der Verfasser nicht bei.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Das Ekzem als Infektionskrankheit,** von SCHWENTER-Bern. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1908. Nr. 3—5.) Monographie in Anlehnung an die hauptsächlich in diesen *Monatsheften* erschienenen Forschungen UNNAS. *Schourp-Danzig.*

**Zur Klinik und Therapie des konstitutionellen Säuglingsekzems,** von E. FEER-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 3.) Es ist nach F.s Auffassung ein Fehler der modernen Richtung, beim Kinderekzem gar zu sehr die externen Einwirkungen und demgemäfs die lokale Therapie zu berücksichtigen. Von gröfserer Bedeutung ist nach seiner Meinung einesteils die Ernährungsart, andererseits eine angeborene Anomalie. Für das Vorhandensein des letzteren Momentes spricht der Umstand, dafs bei gleicher Ernährung und bei gleichen äufseren Verhältnissen die einen Säuglinge an Ekzem erkranken, die anderen nicht. Im allgemeinen schliefst sich Verfasser an die MARFANsche Unterscheidung von zwei Ekzemarten des Kindesalters an: bei der einen Form, meist fette oder pastöse, oft auch blühende Kinder betreffend, handelt es sich um ein nässendes, krustöses Ekzem des Kopfes, das aber auch von dort auf den übrigen Körper übergreifen kann, die seborrhoische Form. Die zweite Form ist als disseminiertes trockenes Ekzem zu bezeichnen und findet sich meist bei schlecht ernährten, gewöhnlich an Intestinalstörungen leidenden Kindern. An einer Serie von 27 auszugsweise mitgeteilten Krankengeschichten demonstriert F. den Wert einer angepafsten Ernährung. Dabei ist auffallend, dafs bei ganz verschiedenen Kostverordnungen gute Resultate zu erzielen waren; es wurde teils die FINKELSTEINsche Suppe, teils Molke, entrahmte Milch, Milch in beschränkter Menge und teils rein vegetabile Nahrung gereicht. Es wird sich darum handeln, die jeweilig passendste Form der Ernährung zu finden. Zu erwähnen ist noch, dafs F. bei allzu schneller Beseitigung von Kopfekzemen Fieberanfälle, Konvulsionen und sogar den Tod hat eintreten sehen. Derartige Beobachtungen hat er auch einige 30 in der Literatur noch verzeichnet gefunden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Behandlung des Säuglingsekzems nach FINKELSTEIN,** von OTTO MENDELSSON-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 42.) M. hat bei drei pastösen Säuglingen mit schweren Kopfekzemen, bei denen jede lokale Therapie erfolglos geblieben war, die von FINKELSTEIN empfohlene diätetische Behandlung zur Anwendung gebracht, ist dabei aber über die von FINKELSTEIN gegebenen Vorschriften insofern hinausgegangen, als er nicht salzarme, sondern salzfreie, fett- und eiweifsreiche Kost (Käse-Haferschleimgemisch ohne jede Molkenbeimengung mit 2—4% Zuckerzusatz) verabreichte. M. liefs sich dabei von dem Gedanken leiten, dafs die Molkensalze der Milch, wenn sie schon den Ekzemreiz abgeben, am besten ganz aus der Nahrung auszuschalten sind. Irgendwelche Schädigung hatte die völlige Salzentziehung, die sich ja nur über kurze Zeit erstreckte, nicht zur Folge; der rasche und beträchtliche Gewichtsabfall, der bei jedem der drei Kinder auftrat, erschien M. absolut unbedenklich, da er offenbar durch Abgabe von Wasser aus den Geweben bedingt war. Die Ekzeme heilten unter der salzfreien Kost rasch und vollständig ab, Rezidive traten auch nach Rückkehr zur gewöhnlichen salzhaltigen Nahrung nicht auf. In einem vierten Falle, in dem es sich um ein weitaus leichteres Ekzem bei einem nicht übermäfsig starken Säugling handelte, erzielte M. durch Verabreichung der ganz nach FINKELSTEINS Vorschrift hergestellten salzarmen Käse-Molke-Haferschleimmischung in wenigen Tagen ohne Gewichtsverlust Heilung.

Nach den Erfahrungen Ms. stellt die FINKELSTEINsche Ernährung für gewisse

Säuglingsekzeme (bei dicken pastösen Kindern) eine wertvolle Behandlungsmethode dar, deren Wirkung auf der schroffen Salzentziehung beruht. Anwendbar ist sie allerdings nur bei Kindern, die erfahrungsgemäfs fettreiche Kost gut vertragen. Bezüglich des Grades der Salzentziehung mufs individualisiert werden, damit der Gewichtsverlust nicht zu weit geht. *Götz-München.*

**Generalisiertes Ekzem geheilt durch durch Injektionen von QUINTONschem Serum,** von TEYSSIER-Toulon. (*Lyon méd.* 1908. Nr. 49.) Bei einem 55 jährigen Manne mit generalisiertem, akutem, aufserordentlich stark juckendem Ekzem, das schon auf verschiedene Weise erfolglos behandelt worden war, erzielte T. durch zehn Injektionen von QUINTONschem Serum (isotonischem Meerwasser) völlige Heilung; es blieb nur eine leichte Verdickung der Haut besonders an den Händen übrig. Die Injektionen zu je 30 g wurden in Zwischenräumen von vier Tagen vorgenommen. *Götz-München.*

**Die Behandlung des Ekzems mit statischer Elektrizität,** von S. LARBORDERIE. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 46) L. hat in einem Falle von akutem, nässendem, nicht juckendem Ekzem, das schon verschiedentlich erfolglos behandelt worden war, durch lokale Anwendung statischer Elektrizität in kurzer Zeit dauernde Heilung erzielt. Der statische Strom wirkt lokal appliziert nach LELOIR und DOUMER in eigenartiger Weise trophoneurotisch und zugleich antibakteriell auf das kranke Gewebe, in Form des Bades angewandt hat er eine starke Anregung und Belebung des Gesamtorganismus, des Blutkreislaufs und des Stoffwechsels zur Folge. Lokale und allgemeine Applikation statischer Elektrizität ist daher indiziert bei Hautkrankheiten und speziell bei Ekzemen, die durch ungenügende Ernährung, durch Verlangsamung des Stoffwechsels (Neuroarthritismus), durch Allgemeinerkrankungen, welche die Widerstandsfähigkeit herabsetzen, wie Skrophulose, Rhachitis, Rheumatismus, Fettsucht, Diabetes, Anämie, Verdauungsstörungen oder durch nervöse Affektionen verursacht sind. BROCQS Anschauung, dafs die statische Elektrizität die Ekzeme nur indirekt durch ihre juckstillende Wirkung günstig beeinflufst, ist nicht richtig; der Erfolg ist bei nicht juckenden Ekzemen, wie die Beobachtung Ls. beweist, ebenso gut.

Bei chronischen, torpiden Ekzemen ist Behandlung mit Hochfrequenzströmen, auch in Form des Hochfrequenzstrombades, in ganz hartnäckigen Fällen die Radiotherapie angezeigt. *Götz-München.*

**Bemerkungen zur Ekzemtherapie,** von JADASSOHN-Bern. (*Ther. Monatsh.* 1908. Heft 12.) Autor weist auf die Notwendigkeit hin, bei Zusätzen stärker wirkender Substanzen zu Salben in der Ekzemtherapie mit schwachen Konzentrationen zu beginnen. Besonders hat sich ihm Zusatz von Tumenolammonium zu Naftalanzinkpaste (Tumenol 1,0—5,0—10,0; Zinc. oxyd., Amyl. ãã 20,0—25,0; Naftalan ad 100,0) oder Naftalan-Ungt. leniens-Salbe (Tum. 1,0—5,0—10,0; Zinc. oxydat., Bismut. subnitr. ãã 10,0; Ungt. lenient. 20,0—40,0; Naftalan ad 100,0) bewährt. Später empfehlen sich Zusätze von $^1/_2$—5% Ol. lithanthracis, Ol. Rusei und Liq. carbon. deterg. zu den angegebenen Formeln. Dabei werden die reizenden Wirkungen des Teers durch das Tumenol gemildert. Bei parasitären Ekzemen und Pityriasis rosea wird eine Chrysarobinzinkpaste 1 : 2000 — 1 : 1000 empfohlen.

Ein zweiter wesentlicher Punkt in der Ekzemtherapie ist die Verwendung von Kombinationen mehrerer mehr oder weniger energisch wirkender Substanzen. Den Gipfelpunkt der kombinierten Rezepte bildet ein „Baume du Dr. Baissade“. Die Formel lautet nach DUBET: Ol. lithanthracis 18,0; Ol. Cadini 15,0; Resorcini 2,0 Mentholi 5,0; Guajacoli 5,0; Camphorae 40,0; Sulfuris 15,0; Boracis 36,0; Glycerini 54,0; Acetoni 80,0; Ol. Ricini 40,0; Lanolini 100,0. Autor hat diese Salbe in hart-

näckigen Fällen oft mit Vorteil benutzt, rein oder als 1—10%igen Zusatz dieses Balsamum Duret zu Zinkpaste. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Leukoplakia oris**, von Josef. Gussmann-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1908.) Die statistische Zusammenstellung der Daten zeigt, daſs von 38 Fällen 36 mal eine luetische Erkrankung vorausgegangen ist. Auch bei 45,57 % der luetischen Paralytiker war Leukoplakia zu finden. Die Leukoplakie konnte man am meisten zwei Jahre nach der Infektion zu beobachten, oder zwischen sechs bis zehn Jahren post infectionem. *Poross-Budapest.*

**Die Reingewinnung des Klebs-Löfflerschen Bacillus bei ekzematösen und bullösen Hautausschlägen**, von A. Eddowes-London. (*Brit. med. Journ.* 24. Okt. 1908.) Von den hier beschriebenen Fällen hat Verfasser zwei bereits publiziert (siehe *Monatsh.*, Bd. 47, S. 55). Der dritte betrifft ein 21 jähriges Mädchen, welches drei Jahre lang an einem intensiven, fast universellen Ekzem gelitten hatte und nur zeitweilige Remissionen durch verschiedentliche Behandlung erzielt hatte. Nach dem Nachweis des Klebs-Löfflerschen Bacillus erhielt die Kranke fünf Injektionen von Diphtherie-Antitoxin mit erstaunlich günstiger Wirkung. Im ganzen hat E. Kenntnis von neun Fällen dieser Art (einschlieſslich der von anderen Kollegen beobachteten). Er glaubt, daſs wohl manche Fälle von refraktärem Ekzem durch dieselbe Ursache bedingt sein dürften. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die blasenbildenden Dermatosen des Kindesalters**, von J. L. Bunch-London. *Brit. med. Journ.* 24. Okt. 1908.) Verfasser gibt zunächst eine kurze Übersicht der gewöhnlichen, mit Blasenbildung einhergehenden Affektionen wie Pemphigus in seinen verschiedenen Formen, Impetigo contagiosa, Epidermolysis bullosa, Dermatitis herpetiformis und die durch chemische Agentien bewirkten Läsionen, wobei er die Bedeutung bakterieller Mikroorganismen mit einigen Worten hervorhebt. Ferner schildert er einen Fall von akutem Pemphigus bei einem 7 jährigen Mädchen, bei welchem im Blaseninhalt Staphylococcus aureus und ferner ein Streptococcus von der Art des S. salivarius nachgewiesen wurden. Die gegebene Vaccinebehandlung scheint günstig gewirkt zu haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

b. *Cutis.*

**Der Erreger der Aleppobeule (Orientbeule).** Leishmania tropica (Wright). Histologie der Aleppobeule, von Ad. Reinhardt. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* Bd. 62, H. 1.) Über den Erreger der Aleppobeule finden sich schon eine Menge Literaturangaben, die aber besonders in bezug auf die histologischen Verhältnisse der Ergänzung bedürfen. Im Ausstrichpräparat seines Falles fand R. Körperchen, die er als Protozoen anspricht. Dieselben gleichen den Leishman-Donovanschen Körperchen und sind identisch mit denjenigen früherer Autoren (Wright usw.). Es sind 1. spindelförmige Körperchen mit einem Chromatinkorn in der Mitte und einem kleineren, exzentrisch gelegenen, 2. stäbchenförmige, ovale und runde, letztere mit einem exzentrischen Chromatinkorn. Sie haben keine Geiſseln und färben sich nach Giemsa für Romanowskysche Färbung. In den Schnitten, die er ebenso oder mit Haematoxylin — van Gieson färbte, fand er unter der verdünnten Epidermis ein Granulationsgewebe, das in allen Schichten sehr zahlreiche Plasma- und Rundzellen, wenig Leukocyten, eosinophile und Mastzellen enthält und drei Schichten aufweist: 1. Direkt unter der Epidermis in den verbreiterten Papillen kleine und groſse parasitenhaltige Makrophagen. 2. Darunter Granulationsgewebe ohne Parasiten. 3. Darunter ein älteres zahlreiches Granulationsgewebe mit riesenzellenhaltigen Knötchen. R. rechnet die Parasiten zur Gattung Leishmania tropica. Sie sind ebenso wie die Leishman-Donovanschen Dauerformen eines trypanosenähnlichen Protozoons. Beide unterscheiden

sich dadurch, dafs L. DONOVANI eine Geifsel, die Tropica zwei Geifseln bei Entwicklung der Flagellaten ähnlichen Formen in Kulturen besitzen.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Ein Fall von Mykosis fungoides (ALIBERT)**, von A. GARCEAU-San Francisco. (*Brit. med. Journ.* 24. Okt. 1908.) Der Bericht betrifft eine 26jährige Witwe. Das Leiden verlief schliefslich nach vierjährigem Bestehen tödlich. Die Anwendung der Röntgenstrahlen schien zeitweilig günstig zu wirken, später war dabei ein stärkeres Wachsen der Tumoren zu konstatieren. Über die histologischen Befunde an exzidierten Geschwulstteilen wird auch berichtet. Ferner erwähnt G. kurz einen zweiten analogen Fall. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über die Heilung der Mykosis fungoides mit Röntgenstrahlen**, von H. HÜBNER-Frankfurt a. M. (*Fortschritte d. Mediz.* 1908. Nr. 1.) Mittels kombinierter Röntgenstrahlenbehandlung gelang es innerhalb von vier Wochen bei einem fast sieben Jahre an Mykosis fungoides und Ekzem leidenden Manne beinahe alle Krankheitserscheinungen zu beseitigen. *Schourp-Danzig.*

**Diphtherie der Haut**, von THOMAS MARSCHALKÓ-Kolozsvar. (*Orvosi Hétilap.* 1908. Nr. 39.) Bei einem Mädchen von $1^1/_2$ Jahren bemerkte die Mutter schon seit drei Wochen Geschwüre im Mundwinkel, dann auf dem Gesicht, später auf der Schläfe und der Ohrmuschel, in letzter Zeit auch auf den Schamlippen auftreten. Die Ulcera waren mit fest anliegenden Belägen (croupartigen) bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte neben pyogenen Streptokokken und Staphylokokken auch Diphtheriebazillen ähnliche Mikrobien. Kulturell wurde festgestellt das Vorhandensein von LÖFFLERschen Bazillen. Die Mutter wufste von einer Entzündung der Mandel oder dergleichen nichts zu sagen. Trotz der Seruminjektionen ist das Kind gestorben. Nach der Sektion hat sich erwiesen, dafs auf den Tonsillen superfiziale Exkoriationen waren und von diesen konnte auch der Löfflerbacillus gezüchtet werden. Die exzidierten Stücke zeigten in der Tiefe der Gewebe keine Diphtheriebazillen, wahrscheinlich wurden sie wegen Überwucherung der pyogenen Mikrobien auf die Oberfläche gedrängt. *Poross-Budapest.*

**Zur Behandlung des Karbunkels**, von MAX GRASMANN-München. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 42.) GR. empfiehlt, Karbunkel möglichst frühzeitig mittels ausgedehnten, vom gesunden ins gesunde Gewebe und in der Tiefe bis auf die Faszie reichenden Kreuzschnittes zu inzidieren; die heftige Blutung wird sofort nach Ausführung eines Schnittes mit Gazetupfern, die in heifse Borsalicyllösung getaucht sind, gestillt, dann werden die vier Lappen nach teilweiser Entfernung der Tampons von der Muskelfaszie bis ins gesunde Gewebe hinein abgelöst, jeder abpräparierte Lappen wird sofort mit Gazetupfern, die ebenfalls mit heifser Borsalicyllösung getränkt sind, unterpolstert, nach Beendigung der Ablösung wird diese Unterpolsterung erneuert und ein grofser feuchter Verband angelegt. Nach 24 oder 48 Stunden sind Tampons und Verband zu wechseln. Fieber und Schmerzen verschwinden sehr rasch, nach ungefähr acht Tagen hat sich meist der gröfste Teil des nekrotischen Gewebes abgestofsen; nun werden die Lappen durch einige Nähte in die richtige Lage gebracht, die dadurch verkleinerte Wunde heilt verhältnismäfsig rasch und ohne jede Störung, nachträgliche Inzisionen sind nie nötig. *Götz-München.*

**Über Jodofan bei der Behandlung ulceröser und erosiver Prozesse an den äufseren männlichen Genitalien**, von HANS ASSMY-Berlin. (*Fortschr. d. Medizin.* 1908. Nr. 17.) Trotz einzelner Fehlschläge war der subjektive Eindruck von der Wirksamkeit des Jodofan ein guter. Das Präparat wird weiterer Prüfung empfohlen. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über die Behandlung venerischer Ulcerationen mit Röntgenstrahlen,** von A. Buschke-Berlin. (*Therap. d. Gegenwart.* Jan. 1909.) Ein progredientes primäres Ulcus bei maligner Lues, ein ausgedehntes tertiäres Geschwür der Vagina und Vulva, ein refraktärer Primäraffekt an der Glans penis wurden mit Vorteil mittels Röntgenstrahlen behandelt. In einem hartnäckigen Falle von Ulcus molle am Penis versagte die Röntgenbehandlung. Die histologische Untersuchung ergab hierbei eine hochgradige Endarteriitis, welche wohl auf Röntgenbestrahlung zurückzuführen ist.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Ein Fall von Angina Vincenti,** von J. T. C. Nash. (*Brit. med. Journ.* 9. Jan. 1909.) Von dem Rachenbelag bei einer 20jährigen Patientin wurden zahlreiche spindelförmige Bazillen und Spirillen gewonnen. Heilung erfolgte in acht Tagen. N. glaubt, daſs viele Fälle dieser Affektion mit unrichtiger Diagnose verlaufen.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Beitrag zur Stomatitis und Angina ulcero-membranacea (Plaut-Vincent) mit scharlachähnlichem Exanthem,** von P. Eisen-Mainz. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1908. Nr. 25.) Gelegentlich ist in der Literatur von dem gleichzeitigen Auftreten von Plaut-Vincentscher Angina und Scharlach berichtet. E. ist der Meinung, daſs es sich bei den noch wenig zahlreichen Fällen dieser Art nicht um echte Scarlatina, sondern um eine dieser spezifischen Angina eigentümliche Affektion handele, wofür die Flüchtigkeit des Exanthems, das niedrige Fieber und das Fehlen von nachfolgender Desquamation sprechen würden. Zur Stütze seiner Auffassung berichtet er über ein sechsjähriges Mädchen mit Belag auf den Tonsillen, aus welchem typische spindelförmige Bazillen gewonnen wurden, und einem binnen 24 Stunden wieder verschwundenen skarlatiniformen Ausschlag.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Nephritis nach Angina und Erysipelas,** von Paul Stolzenburg. (Inaug.-Dissert. Kiel. 1908.) Angina und Erysipelas haben in einer groſsen Anzahl von Fällen Nierenerkrankungen verschiedenen Grades zur Folge. Es wird eine erhebliche gröſsere Zahl aller akuten Nephritiden durch die Angina als durch das Erysipelas hervorgerufen. Aber es erkranken sehr viel mehr Erysipelaskranke an sekundären Nierenschädigungen als an Angina Leidende. Die Prognose ist für beide Arten von Nierenerkrankungen günstig, vorausgesetzt, daſs vom Beginne bis zur Heilung eine sachgemäſse Behandlung erfolgt und Bettruhe innegehalten wird. Die Untersuchung des Urins ist deshalb bei Angina und Erysipelas in jedem Falle unbedingt erforderlich. Bei bestehender Nephritis vermögen beide Krankheiten eine Verschlimmerung des Nierenleidens hervorzurufen.

*Fritz Loeb-München.*

**Erysipelas migrans im Verlauf der Gravidität,** von J. Sorley-Sheffield. (*Brit. med. Journ.* 19. Dez. 1908.) Das affizierte Gebiet umfaſste den ganzen Kopf, den Rücken bis zur Lendengegend und einen Teil der Oberarme. Trotz hohen Fiebers, ernsterer Allgemeinerscheinungen und Abortes erfolgte Heilung unter äuſserlicher Pinselung mit Liq. ferri sesquichlorati und Glyzerin nebst Darreichung von tonisierenden Mitteln innerlich.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Fall von sporadischer Elephantiasis,** von J. O. Symes-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 26. Dez. 1908.) Die Patientin, eine 22jährige, unverheiratete Schneiderin, hatte England nie verlassen. Die Affektion fing vor etwa sechs Jahren an. Verfasser glaubt, daſs eine Übertragung von Filaria durch Moskitos doch stattgefunden haben mag, da Bristol als Hafenstadt in ziemlich regem Verkehr mit dem durch eine nur 14tägige Seereise entfernten Jamaika steht. Allerdings gelang es nicht, die Parasiten nachzuweisen. Unter Behandlung mit Jodkalium und Quecksilber in kleinen Dosen, Hochlagerung, Kompressionsverband und Massage der affizierten (unteren) Extremitäten trat wesentliche Besserung ein.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Palliativbehandlung der Elephantiasis,** von ALDO CASTELLANI. (*Philippine Journ. of Science.* Bd. III, Nr. 4.) Aufser entlastenden Bandagen verwandte C. Thiosinaminjektionen und sah damit in den meisten Fällen erfreuliche Erfolge. Die Einspritzungen wurden unter antiseptischen Kautelien an den affizierten Stellen gemacht und schmerzlos vertragen. Eine befriedigende Erklärung für die Wirkung des Thiosinamins bezw. Fibrolysins kann C. nicht geben. In einem Falle wuchs die Zahl der Leukocyten unter den Injektionen von 9000 auf 17000 per Kubikmillimeter.

*Schourp-Danzig.*

**Eine erfolgversprechende Therapie der Elephantiasis,** von W. S. HANDLEY-London. (*Lancet.* 2. Jan. 1909.) Bei einem an sporadischer Elephantiasis hohen Grades leidenden 46 jährigen Mann erzielte Verfasser einen sehr auffallenden Erfolg durch die sogenannte Lymphangioplastik. Er legte an dem enorm verdickten Bein eine Reihe von Seidenfäden vom Fufse bis in die Fossa iliaca subcutan und im Musculus iliacus mündend ein. Wenige Tage nach der Operation war eine erstaunliche Abnahme der Schwellung zu konstatieren, aber am neunten Tage traten entzündliche Erscheinungen hervor, welche die Entfernung sämtlicher Fäden indiziert erscheinen liefsen. Späterhin wurde eine Wiederholung der Operation beschlossen; vorher wurde aber das Blut und der Lymphsaft des Patienten untersucht, wobei ein Diplococcus gewonnen wurde. Patient erhielt darauf Injektionen mit einer hiermit hergestellten Vaccine, bis das Blut sich als steril erwies. Die Lymphangioplastik wurde alsdann wiederholt und die Fäden im subcutanen Fett der Glutaealgegend versenkt. Zwar trat wieder am neunten Tage Fieber hervor, doch konnten unter Anwendung der Vaccine und leichter Antiseptik die Fäden in situ belassen werden. Die Verminderung des Umfangs des Beines betrug zehn Tage p. o. an verschiedenen Stellen 3 resp. 8¾ Zoll. Unter elastischer Kompression und Gebrauch des Beines ist eine weitere Schrumpfung eingetreten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Progressive Ernährungsstörungen.

### a. *Maligne.*

**400 Fälle von Epithelioma in der Privatpraxis,** mit Bemerkungen über Behandlung und Resultate derselben, von L. DUNCAN BULKLEY und HENRY H. JANEWAY-New York. (*Med. Record.* 21. März 1908.) In 35 Jahren beobachtete B. unter etwas mehr als 15000 Fällen seiner grofsen dermatologischen Praxis 417 Fälle von Epitheliom, darunter eins schon bei einem 19 jährigen Menschen, während die Mehrzahl auf die Jahrgänge vom 30.—70. Jahre ziemlich gleichmäfsig verteilt waren. 274 Männern standen nur 143 Frauen gegenüber. Interessant erscheint die Tabelle über die Verteilung an den einzelnen Körperteilen:

| | Mann | Frau | | Mann | Frau |
|---|---|---|---|---|---|
| Multiple Epitheliome | 20 | 6 | Unterlippe | 2 | 5 |
| Nase | 77 | 51 | Genitale | 3 | 3 |
| Wange | 66 | 28 | Rumpf | 3 | 2 |
| Unterlippe | 32 | — | Zahnfleisch | 4 | — |
| Stirn | 6 | 13 | Wangenschleimhaut | 4 | — |
| Schläfe | 8 | 8 | übrige Mundschleimhaut | 1 | 2 |
| Augenlid | 8 | 7 | Kinn | 3 | — |
| Zunge | 11 | 2 | Tonsillen | 1 | 1 |
| Ohr | 11 | 2 | Kopfhaut | — | 2 |
| Hals | 7 | 1 | Extremitäten | 2 | — |
| Brust | — | 8 | unbekannt | 5 | 2 |

J. bespricht die verschiedenen Varietäten desAblations, soweit sie histologisch festgestellt werden konnten, doch ist bei den Resultaten der Behandlung die auch klinisch aus dem Verlaufe sich ergebende Differenz nicht berücksichtigt worden. Erst in den letzten fünf Jahren hat B. auch mit Röntgen gearbeitet, stellt aber auf Grund der erhaltenen Resultate diese Behandlungsweise schon jetzt an die Spitze der anderen Methoden, während er vor dieser Zeit die chirurgische Entfernung für das einzig radikale ansah, aber nur in einer relativ kleinen Anzahl von Fällen die Erlaubnis dazu bekam. Von den vielen übrigen Methoden ergab die Arsenikpaste die besten Dauerresultate. *W. Lehmann-Stettin.*

**Zur Frage der Wirkung der Röntgenstrahlen auf carcinomatöse Neubildungen,** von Shegalkin. (*Med. Obosrenje.* 1908. Bd. LXX, Nr. 21.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von Ulcus rodens des Gesichts, von denen der eine eine 60jährige Frau, der andere einen 76jährigen Mann betraf und die beide durch Röntgenstrahlen zu völliger Vernarbung gebracht wurden. In dem einen Fall, bei der Frau, mufste aber die Behandlung vom 20. Mai 1906 bis zum 22. September 1907 ausgeübt werden. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Behandlung des Epithelioms der Haut und der Mucosa mit Radium,** von Gaucher-Paris. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 5.) Gaucher teilt in dieser Arbeit eine neue Applikationsweise des Radiums mit, die von Dominici angegeben wurde. Die Radiumstrahlen werden filtriert, und zwar werden nur diejenigen verwandt, welche eine Bleilamelle von $^5/_{10}$ bis zu mehreren Millimetern passiert haben. Diese filtrierten Strahlen nennt Dominici die ultra-penetranten Strahlen. Sie enthalten beinahe nur $\gamma$, ganz wenig $\beta$-Strahlen. Sie sollen den Vorzug gröfserer Tiefenwirkung und einer absoluten Unschädlichkeit normalem Gewebe gegenüber zeigen. Er wendet nur sehr stark aktive Apparate an, die 6 Milli- bis 1 Zentigramm Radiumsulfat enthalten. Um die Wirkung noch zu verstärken, nimmt Dominici in vielen Fällen eine Bleikapsel, die drei Hülsen mit je 4 Zentigramm Radiumsulfat enthält. Auch gestatten seine Apparate eine genaue Dosierung der Strahlen. Mitteilung von drei Fällen von Unterlippencarcinom und oberflächlichem Zungencarcinom, die in relativ kurzer Zeit heilten. Ebenso eine Leukoplakia buccalis mit einem Papillom. Tief infiltrierende Zungen- und Mundbodencarcinome werden nicht beeinflufst. *Gunsett-Strafsburg.*

**Zur Behandlung der flachen Hautcarcinome,** von E. Rehn-Königsberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) Bericht über zwei Fälle von Basalzellencarcinom des Gesichts, bei denen trotz grofser Ausdehnung die chirurgische Behandlung ein gutes Resultat ergab. Bemerkenswert war dabei namentlich der Umstand, dafs bei dem einen Falle spontan, in dem anderen unter Röntgenbestrahlung eine ziemlich ausgedehnte Narbenbildung eingetreten war, dafs aber unter dieser anscheinend gesunden Decke sich in der Tiefe verschiedentlich kleine Tumorherde an dem operativ entfernten Präparate nachweisen liefsen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Heilung des Hautkrebses mit Chininpulver,** von Ad. Havas-Budapest. (*Bör és Bujakórtan*, Nr. 3, Beibl. von *Budap. Orv. Ujs.* 1908.) H. hat im Spitalverein zwei geheilte Fälle vorgestellt. Eine 76jährige Frau hatte den Krebs in der Gröfse eines Pfennigs auf der Nase. Ihr Übel wurde schon öfters ohne Erfolg operiert. H. bestreute das Geschwür dick mit Chin. purum, später mit bisulfuricum. Das schmutzig belegte, krustöse, mit infiltriertem Rand versehene Geschwür reinigte sich vollkommen in zehn Tagen. Nach weiteren 14 Tagen war mit Borsalbehandlung die Heilung vollkommen. Die Narbe wurde weich und glatt. Der zweite Fall betrifft einen Mann mit 80 Jahren. Die äufsere Lokalisation und Gröfse des Geschwürs ähnlich dem beschriebenen Falle. Heilung prompt und rasch. Zwei Fälle vor Ende der Behandlung mit wesentlicher Besserung hat er aus den Augen verloren. Diese Behandlungsweise

geht von der Supposition aus, dafs der Krebs durch Plasmodien hervorgerufen wird. Gegen malarische Plasmodien ist das Chinin nützlich, so wäre der Effekt auch hier zu erwarten. *Porosz-Budapest.*

**Die Resultate der operativen Behandlung von Zungenkrebs, eine Analyse von 197 Fällen,** von H. T. Butlin-London. (*Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1909.) Die Arbeit enthält zu viele Einzelheiten, um sie im Referat wiedergeben zu können. Als Gesamtergebnis ist festzustellen, dafs bei gründlicher Entfernung der gesamten Geschwulstmasse die Aussichten auf einen dauernden Erfolg noch ziemlich günstig sind. Namentlich ist nach B. Gewicht darauf zu legen, dafs frühzeitig die Lymphdrüsen im Trigonum submaxillare entfernt werden, mögen dieselben schon nachweislich vergröfsert sein oder nicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die operative Behandlung des Krebses der Mundhöhle,** von C. P. Childe-Portsmouth. (*Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1909.) Verfasser empfiehlt dringend, bei der Operation für Krebs der Zunge und der angrenzenden Teile zunächst die Unterbindung der Arteria lingualis und facialis nach dem Rate von Billroth und von Treves auszuführen. Wenn man, wie unter allen Umständen anzuraten ist, zunächst die Exstirpation der Halslymphdrüsen vorgenommen hat, ist die Unterbindung der Arterien leicht zu bewerkstelligen und trägt in erstaunlichem Mafse dazu bei, die Entfernung der Geschwulstmassen leicht und gründlich und ohne Blutverlust sowohl während als auch nach der Operation auszuführen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Behandlung der Angiome mit gefrorener Kohlensäure,** von F. Sauerbruch. (*Centralbl. f. Chir.* 1909. Nr. 1.) Verfasser lernte diese Methode im Augustanahospital in Chicago kennen. Aus einer Kohlensäurebombe läfst man das Gas in ein vorgehaltenes Stück Mull austreten, wo es zu einem weifsen, gleichmäfsigen Schnee von einer Temperatur von — 79° gefriert. Ein Stückchen dieses Schnees wird auf die Oberfläche des Angioms gelegt und dort 10—20 Sekunden gelassen. Das Verfahren wird alle acht bis zehn Tage wiederholt. Auf gröfseren Angiomen läfst man den Schnee 30—40 Sekunden. Verfasser rühmt die Schmerzlosigkeit der Behandlung und das Ausbleiben einer sichtbaren Narbenbildung. Auch für oberflächliche Hautcarcinome hat er das Verfahren mit gutem Erfolge und guter Narbenbildung angewandt. *Gunsett-Strafsburg.*

**Ein Fall von angeborenen Fibromen am Finger nebst Beiträgen zur Kasuistik der Fingertumoren,** von Alfred Frank-Berlin. (*Wien. klin. Rundsch.* 1908. Nr. 42—45.) Die Untersuchung der exstirpierten Fibrome, welche an den Endphalangen des vierten und fünften Fingers gesessen hatten, ergab eine fibröse, papillär gebaute, subepitheliale Geschwulst, die von zahlreichen Gefäfsen durchzogen war. Dickere und dünnere Bindegewebsbündel durchzogen und durchquerten sie nach allen Richtungen. Die Kerne waren deutlich wahrnehmbar, während nur sehr wenig Zellen bemerkt wurden. Die Hautpapillen waren wohl vermehrt, aber nicht vergröfsert. *Schourp-Danzig.*

**Melanosis lenticularis progressiva,** von Ad. Havas-Budapest. (*Bőr és Bujakórtan,* Nr. 3, Beibl. von *Budap. Orv. Ujs.* 1908.) Im Spitalverein stellte H. ein elfjähriges Mädchen vor, das seit einem Alter von sechs Monaten an dieser Krankheit leidet. Im Gesicht, an dem Hals, den Ohren, den Lippen, den Conjunctiven der Bulbi, beider Hände, dem Unterarm, dem Bauch mäfsiger, auch an den Unterschenkeln sind braune und schwarzbraune Epheliden-Flecke zu sehen. Zwischen diesen Flecken sind atrophische narbige Einstülpungen von schneeweifser Farbe und sternähnliche Adererweiterungen. Im Gesichte einige infiltrierte schwarze Knoten. In der linken Mamma ein grofser, melanotischer Tumor. Letzterer wurde wegen raschen Wachstums entfernt. Die Kennzeichen des von Kaposi beschriebenen Xeroderma pigmentosum

sind ausgeprägt: 1. die Epheliden; 2. Atrophia cutis; 3. Sklerodermie (trockene Haut); 4. Urticaria pigmentosa; 5. Carcinomatosis universalis. Die Prognose ist schlecht, denn die Tumorenbildung fängt schon zu zeitig an. *Porosz-Budapest.*

---

## Regressive Ernährungsstörungen.

Im Verein für innere Medizin in Berlin (Sitzung vom 2. November 1908; nach *Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 49) sprach J. Pringsheim über **Darstellung und chemische Beschaffenheit der Xanthomsubstanz.** Er hat aus Xanthommaterial von der Haut und der Dura mater mittels der von Panzer angegebenen, ziemlich komplizierten Methode grofse Mengen doppeltlichtbrechender Substanz dargestellt; diese doppeltbrechende Substanz war N- und P-frei; sie erwies sich als Cholesterinester, durch Verseifung wurde überraschend viel Cholesterin gewonnen. Die gleiche Substanz und daneben noch einen flüssigen Alkohol fand Pr. in zwei Fällen in den Nieren, in denen makro- und mikroskopisch reichlich doppeltbrechende Substanz festgestellt war. Diese Befunde beweisen, dafs neben dem N- und P-haltigen Protagon (Nebennierenrindenadenom) noch eine andere doppeltbrechende, fettähnliche, aus Cholesterinfettsäureestern bestehende Substanz unter pathologischen Verhältnissen im Organismus vorkommt. Ferner haben die Ergebnisse der Untersuchungen Pr.s die Richtigkeit der von F. Pinkus und L. Pick geäufserten Anschauungen über den Zusammenhang der bei Diabetes und Ikterus auftretenden Cholesterinämie und der multiplen Xanthombildung der Haut und der inneren Organe erwiesen.

In der Diskussion hob L. Pick hervor, dafs die weifslichen oder gelbweifslichen Färbungen der pathologisch veränderten Niere, besonders auch der „grofsen weifsen Niere", nach den Ergebnissen der Untersuchungen von Störk und Löhlein nicht, wie man bisher glaubte, lediglich durch Fett bedingt sind, sondern dafs dabei auch das fettähnliche, doppeltbrechende Protagon und vor allem ein eiweifsartiger Körper, das tropfige Hyalin von Bedeutung ist. — Bei den Cholesteatomen, wie sie in den Seitenventrikelplexus des Pferde- und des Menschenhirns vorkommen, spielt bezüglich der Zusammensetzung der doppeltbrechenden Substanz auch ein Cholesterinfettsäureester die mafsgebende Rolle. Fettähnliche doppeltbrechende Substanz fand Pick aufserdem gleich Schlagenhaufer in einem Dünndarmmesenterium, das von einem 70jährigen Manne mit doppeltseitiger chronischer interstitieller Nephritis, Herzhypertrophie, allgemeiner Arteriosklerose und eitriger Bronchitis herrührte. *Götz-München.*

**Beinleiden,** von N. Brann-Berlin. (*Med. Blätter.* 1908. Nr. 43 und 44.) Ein besonders typischer Fall von verschleppten Ulcera cruris gibt B. erneute Veranlassung, auf die Notwendigkeit einer Spezialausbildung in den hierbei in Betracht kommenden Heilmethoden zu verlangen. Er hat sicher damit Recht, dafs in der allgemeinen Praxis, selbst hier und da in chirurgischen Kliniken zu wenig Gewicht gelegt wird auf dieses praktisch so wichtige Gebiet, auf dem, mehr wie auf anderen, Ärzte die Schuld tragen an dem Hochkommen der Kurpfuscherei, aber Dermatologen wird er damit kaum etwas Neues sagen, auch in der Art der Behandlung nichts Neues lehren.
*W. Lehmann-Stettin.*

**Canities congenita in der persischen Heldensage,** von Heller-Charlottenburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 48.) H. macht darauf aufmerksam, dafs in Firdusis Schah-name (Heldensage) von einem Königskinde berichtet wird, das mit weifsen Haaren zur Welt kam; das Kind war nach der Beschreibung kein Albino, es scheint sich vielmehr um einen Fall von reiner Poliosis congenita gehandelt zu haben.
*Götz-München.*

**Cutis verticis gyrata**, von Franz Veress-Kolozsvar. (*Bör és Bujakórtan*, Nr. 3, Beibl. z. *Budap. Orv. Ujs.* 1908.) Nach genauer Beschreibung dreier Fälle, nahm er die mikroskopische Untersuchung der exzidierten Stücke vor. Nach mühsamer Arbeit blieb die Untersuchung ohne positives Resultat. Was die Ursache ist, daſs die Haut am Kopfe weit und gerunzelt wird, ist noch weiter unbekannt geblieben. Bei Männern, und fast immer bei schwarzhaarigen, pflegt die Abnormität vorzukommen.

*Porosz-Budapest.*

**Über traumatische Alopecie**, von Wechselmann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschrift.* 1908. Nr. 46.) Aus eigenen Erfahrungen über traumatische Alopecie und aus dem Studium der einschlägigen Literatur, über die er ausführlich berichtet, zieht W. folgende Schlüsse:

Kopfverletzungen sind oft die Ursache für Alopecia areata. Es ist anzunehmen, daſs dabei anatomische und funktionelle Läsionen im zentralen Nervensystem bestehen. Nach den experimentellen und klinischen Erfahrungen werden durch den dadurch bedingten zentralen Reizzustand peripherische trophische Störungen veranlaſst, welche sich in dem Auftreten hyperalgetischer Headscher Zonen, analog wie nach Schädelschüssen, zu erkennen geben. Auch Veränderungen der Gefäſse im Sinne einer Arteriosklerose sind möglicherweise ein bedingendes Moment des Haarausfalls, doch ist auch hier die Nervenläsion die ätiologische Dominante. Psychische Traumen, vor allem Schreck, haben dieselbe Wirkung. *Götz-München.*

**Alopecia areata, hervorgerufen durch Zahnerkrankungen**, von Rousseau-Decelle. (*Presse méd.* 1909. Nr. 12.) Die Abhängigkeit der Area Celsi von Zahnerkrankungen wurde zuerst von Jacquet hervorgehoben. Die Fälle treten gewöhnlich einen oder mehrere Monate nach einer Trigeminusreizung im Zahngebiet auf, und zwar immer auf derselben Seite. Sind Molaren erkrankt, so ist die Lokalisation der Area fast immer im Nacken. Es sind meist alveoläre Reizungen, keine richtigen Zahnerkrankungen, die vorausgehen. Die Flecken sind klein und in geringer Anzahl. Sie heilen nach Behandlung des Zahnes leicht. *Gunsett-Straſsburg.*

**Diagnose, Pathogenese und Behandlung der Sklerodermie**, von Gaucher. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 44.) Die primäre anatomische Läsion bei Sklerodermie besteht neueren Untersuchungen Touchards zufolge in perivaskulären Veränderungen; die Gefäſse bleiben sehr lange durchgängig, erst wenn die Sklerodermie den höchsten Grad ihrer Entwicklung erreicht hat, obliterieren sie infolge peripherer Kompression. Von mehreren Autoren wurde Sklerodermie bei Patienten mit Rückenmarkserkrankungen verschiedener Art beobachtet; es erscheint daher wohl möglich, daſs Rückenmarksaffektionen eine Rolle in der Ätiologie der Sklerodermie spielen, Sicheres ist aber darüber noch nicht bekannt. Von anderer Seite wurde auf einen Zusammenhang zwischen generalisierter Sklerodermie und sklerotischen, von perivaskulären Veränderungen ausgehenden Erkrankungen verschiedener Drüsen, der Nebennieren, der Hypophysis, der Schilddrüse, hingewiesen, doch wissen wir auch darüber nichts Bestimmtes; Verabreichung von Adrenalin, Hypophysisextrakt und Thyreoidin hat jedenfalls keine einwandfreien Resultate ergeben. Zur Behandlung der generalisierten Sklerodermie empfiehlt G. besonders das faradische Bad, zur Behandlung der herd- oder streifenförmigen Sklerodermie Applikation des Vigoschen (quecksilberhaltigen) Pflasters und bei ganz circumskripten Herden die Elektrolyse. *Götz-München.*

**Über eigenartige Bindegewebserkrankungen (Sklerodermie)**, von Erich Stoerk-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 16. Jan. 1909.) St. hat in der Gesellschaft für innere Medizin eine gröſsere Anzahl von typischen und atypischen Sklerodermiefällen vorstellen können, bei denen teilweise eine überwiegende oder gar ausschlieſsliche Erkrankung des Bindegewebes und der Muskeln vorlag. Er wendet sich darum

gegen die Bezeichnung Sklerodermie, zumal oft eine Reihe anderer Symptome für eine Funktionsstörung im Gebiete der Blutdrüsen sprechen. Er neigt zur Annahme, dafs in Erkrankungen der Blutdrüsen das pathogenetische Moment wenigstens für einen Teil der Fälle von Sklerodermie zu suchen ist. *W. Lehmann-Stettin.*

## Sekretionsanomalien.

**Eine Methode der operativen Behandlung der Hyperidrosis axillaris,** von F. J. W. Porter-Colchester. (*Brit. med. Journ.* 30. Jan. 1909.) Infolge von Vereiterung der Achseldrüsen mit Fistelbildungen mufste einem Arzte ein grofses Stück Haut der Axilla entfernt werden. Da daraufhin die Schweifsabsonderung an dieser Stelle so gut wie beseitigt war, liefs er sich an der anderen Seite unter Eucain und Adrenalin das ganze haaretragende Gebiet auch entfernen und ist seitdem auch während eines Aufenthalts an der afrikanischen Westküste frei von Achselschweifs geblieben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Heilung der Hyperidrosis und der Seborrhoea oleosa durch Röntgen,** von Kromayer-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) Verfasser ergänzt seine frühere Mitteilung über diesen Gegenstand und betont die Notwendigkeit, die Bestrahlungen bis zur Erzeugung einer länger dauernden Dermatitis zu steigern. Um ein Überschreiten der Intensitätsgrenze zu vermeiden, berechnet K. die Wirkung nach „Milliampèrezentimetern" (Einschalten eines Milliampèremeters in den Sekundärstrom und Messen der parallelen Funkenstrecke), wie er dies auch früher geschildert hat. Zu seinen früheren drei Fällen von Hyperidrose sind jetzt noch 17 andere erfolgreiche Kuren hinzugekommen. Fast immer ist es aber nötig gewesen, mindestens zwei- bis dreimal an dem affizierten Gebiet eine Dermatitis hervorzurufen. Für die Seborrhoea oleosa ist das Verfahren offenbar auch nützlich, erfordert aber wegen der Lokalisation am Gesicht ganz besondere Vorsichtsmafsregeln.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

## Saprophyten und Fremdkörper.

**Über den habituellen Icterus gravis der Neugeborenen,** von Nahm-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 19. Jan. 1909.) Bericht über eine Frau, welche achtmal geboren hat, aber fünfmal das Kind an Icterus wenige Tage nach der Geburt verlor. An den Eltern war etwas abnormes (namentlich Lues) nicht nachzuweisen. Verfasser hat faute de mieux der Frau empfohlen, während der Schwangerschaft eine vegetarische Diät zu beobachten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über Filariasis,** von zur Verth-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 49.) Für praktisch klinische Zwecke erscheint dem Verfasser die Einteilung der Filarien nach der Zeit des Vorkommens ihrer Larven im Blut in die Gruppe der

Filaria nocturna (Filaria Bankrofti)
Filaria diurna (Filaria loa)
Filaria perstans

am zweckmäfsigsten.

Die Filaria loa mit ihrer bei Tage im Blute des Menschen kreisenden Larve scheint nur das unter dem Namen Kamerunbeulen (Kalabarbeulen) bekannte, durch das Auftreten wandernder, langsamer oder schneller verschwindender Schwellungen charakterisierte Krankheitsbild hervorzurufen, während die Filaria Bankrofti und die Filaria perstans, die verbreitetste Art, für die klinisch völlig verschiedenen, mannig-

faltigen Bilder der Filariasis (Elephantiasis, Chylurie, Chylocele, variköse Leistendrüsen, Lymphskrotum) verantwortlich sind. Zur Behandlung der Kamerunbeulen kommt nur die Entfernung der Elterntiere in Betracht, bei den durch Filaria Bankrofti verursachten Affektionen sind neben entsprechender Lokaltherapie subcutane Atoxylinjektionen am Platze.

Die Diagnose Filariasis wird gesichert durch den Nachweis von Filarienlarven im Blute. In den nicht seltenen Fällen, in denen dieser Nachweis nicht gelingt, genügt der Nachweis der Eosinophilie bei klinisch unter Berücksichtigung der Anamnese auf Filariasis verdächtigem Krankheitsbild, wenn andere Eosinophilie erzeugende Krankheiten ausgeschlossen sind.

Die Filarienlarven bedürfen zu ihrer Entwicklung eines Zwischenwirtes; dieser ist für die Filaria Bankrofti die Mücke, für die Filaria loa wahrscheinlich eine Bremse, für die Filaria perstans vielleicht eine Zecke. *Götz-München.*

---

## Miſsbildungen.

**Die Behandlung der Naevi mit Kohlensäureschnee,** von Arthur Strauss-Barmen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 53.) Str. hat die von Pusey (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 24) empfohlene Behandlung der Naevi mit Kohlensäureschnee in zwei Fällen mit gutem Erfolge angewandt; er bezeichnet die Methode als eine wertvolle Bereicherung unserer Therapie. *Götz-München.*

**Multiple subcutane Elektrolyse, ein narbenloses Zerstörungsverfahren, insbesondere für Haare,** von Kromayer-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 52.) Elektrolytische Epilation ohne sichtbare Narbenbildung und ohne eigentliche Rezidive ist möglich, wenn es gelingt, die elektrolytische Zerstörung auf den unteren Haarwurzelteil zu beschränken; die Nekrose liegt dann subcutan, und es ist nicht, wie bei der bisher üblichen Methode, notwendig, den Strom frühzeitig zu unterbrechen, man kann ihn vielmehr wirken lassen, bis der untere Haarwurzelteil, von dem die Regeneration des Haares ausgeht, mit Sicherheit vernichtet ist. Eine solche ausschlieſslich subcutane Elektrolyse erreicht Kr. durch Verwendung von Nadeln, die einen 2 mm unterhalb der Spitze beginnenden, dünnen, isolierenden Lacküberzug tragen, so daſs nur die Spitze für die elektrolytische Wirkung frei bleibt. Um rascher vorwärts zu kommen, empfiehlt es sich gleichzeitig fünf oder mehr Nadeln einzuführen und mit der Stromquelle zu verbinden. Durchschnittlich genügen zur subcutanen Zerstörung einer Haarwurzel fünf Milliampèreminuten, d. h. ein fünf Milliampère starker Strom von einer Minute Dauer oder ein ein Milliampère starker Strom von fünf Minuten Dauer; bei gleichzeitiger Verwendung von fünf Nadeln muſs, da jede Nadel nur den fünften Teil des Stromes erhält, ein Strom von fünf Milliampère fünf Minuten lang einwirken. Klinisch gibt sich die subcutane elektrolytische Gewebszerstörung durch Bildung eines Knötchens um die Nadel kund, die Haut darüber beginnt anämisch weiſs zu werden. Das Haar sitzt nach Zerstörung des unteren Wurzelabschnittes noch fest, läſst sich aber durch einen kräftigen Zug unschwer entfernen; der untere Teil der Wurzel fehlt ihm vollkommen, der Haarschaft endet wie abgeschnitten. Bei stärkerem Stromverbrauch kann die Cutis von unten her mitergriffen und zerstört werden; solches „Durchbrennen" der Nadel führt zur Bildung sichtbarer Narben. Das Durchbrennen kündigt sich durch transparente Verfärbung des anfänglich anämisch weiſsen Knötchens um die Nadel an; die Gefahr des Durchbrennens ist am gröſsten, wenn man eine sehr groſse Zahl von Nadeln gleichzeitig benutzt, weil sich dabei die Elektrizität ungleichmäſsig verteilt. Mehrere benachbarte Follikel dürfen nicht zusammen in Angriff genommen werden, weil sich sonst die subcutanen

Nekrosen berühren und eine zusammenhängende mortifizierte Schicht bilden, die sekundär zur Nekrose der Cutis führen kann. Zwischen den einzelnen Sitzungen mufs ein gewisser Zwischenraum liegen, damit die Nekrosen verheilen können und die Haut sich erholt; diese Zwischenzeit — einige Tage bis zwei Wochen — richtet sich nach der Zahl der angewandten Nadeln und der Stärke der entzündlichen Reaktion, die im allgemeinen allerdings gering ist und in einer leichten, diffusen Anschwellung besteht. Die Entfernung eines gröfseren Bartes nimmt sehr lange Zeit, Monate und selbst Jahre, in Anspruch.

Kr. übt die multiple Subcutanelektrolyse schon seit drei Jahren aus; sie hat sich ihm als erfolgreiche, praktisch brauchbare und bequem anzuwendende Methode erwiesen. — Die Nadeln werden von Reiniger, Gebbert und Schall fabriziert.

*Götz-München.*

---

## Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

### a. *Allgemeines.*

**Kamphosan, ein neues Heimittel bei Erkrankungen der Harnorgane,** von Hans Vollmer-Berlin. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1908. Nr. 76.) Kamphosan ist eine Lösung von 15 Teilen Kampfersäuremethylester in 85 Teilen chemisch reinen Santalols. Es soll die Wirkungen der Kamphersäure und des Santalols vereinigen, ohne unangenehme Nebenwirkungen hervorzurufen. Eine Gelatinekapsel à 0,3 enthält etwa 0,045 g Kamphersäuremethylester und 0,255 g Santalol. Es wurden meist viermal täglich zwei Kapseln gegeben. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Beitrag zum Studium des neuen Harndesinfizienz Helmitol,** von Marius Bettex. (Inaug.-Dissert. Lausanne 1908.) Bei innerlichem Gebrauch wird das Helmitol sehr schnell ausgeschieden. Es erwies sich als nützliches Adjuvans bei der Behandlung der blennorrhoischen, postblennorrhoischen und Colicystitis sowie bei Cystitis im Gefolge von Strikturen, während sein Wert bei der tuberkulösen Cystitis fraglich, bei Cystitis im Gefolge einer Myelitis negativ ist. Bei nicht infizierten Prostatikern mit täglichem Katheterismus kann das Helmitol prophylaktisch zur Verhütung einer Infektion gegeben werden; infizierte Prostatiker mit Verweilkatheter erhalten mit Nutzen vesikale Helmitolinjektionen. Bei reiner Phosphaturie und bei Bakteriurie scheint dem Mittel ein spezifischer Einflufs zuzukommen.

*Fritz Loeb-München.*

### b. *Penis, Urethra, Blase.*

**Urethra imperforata: Totalverschlufs des Meatus,** von J. Hobbs-St. Albans. (*Brit. med Journ.* 13. Feb. 1909.) Bei einem neugeborenen Kinde war am sonst wohlgebildeten Penis keinerlei Andeutung eines Orificium externum zu erkennen. Ein vorsichtiges Freipräparieren in der Richtung auf die Urethra von der Glans aus legte in einer Tiefe von etwa $^1/_2$ cm die Harnröhre frei, worauf sich alsbald spontan Urin entleerte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Zur Behandlung schwerer Entzündungen der Blase beim Weibe,** von Erich Zurhelle-Bonn. (*Zeitschr. f. gynäk. Urolog.* 1908. Nr. 2.) Der Verfasser empfiehlt die Anwendung eines von ihm angegebenen Rücklaufkatheters für Dauerspülungen, bei welchem durch je einen Hahn am Zuflufs- und Abflufsrohr der Füllungsgrad der Blase reguliert werden kann. Nach gründlicher Auswaschung der Blase spritzt er 100 ccm lauwarmer 1%ige Kollargollösung in die leere Blase hinein

und läfst die Lösung längere Zeit darin, ohne irgendwelche Reizerscheinung beobachtet zu haben. Die gute Wirkung der Kollargollösung bei Cystitis ist von Stoeckel bestätigt worden. *Schourp-Danzig.*

**Maligner Tumor der Blase,** von Arnaud. (*Lyon méd.* 1908. Nr. 46.) Bei einem 69jährigen Manne, der seit 15 Jahren an Hämaturien litt, war eine akute Harnverhaltung aufgetreten; aus dem eingeführten Katheter entleerten sich nur einige Tropfen Blut, die alsbald vorgenommene Sectio alta ergab, dafs die Blase subperitoneal rupturiert war und einen schwammigen, höckerigen, mandarinengrofsen Tumor enthielt, der infolge seines Volumens und seines Sitzes in der Umgebung der Ureteren nicht operabel ersehien. Der Mann überstand den Eingriff sehr gut, die Wunde schlofs sich ziemlich bald. Nach acht Monaten kamen wieder Hämaturien, dazu gesellten sich Schwierigkeiten bei den Miktionen, Cystitis und Pyurie, an der Bauchwand zeigte sich zwischen Symphyse und Nabel eine ausgedehnte Geschwürsbildung, die immer gröfser und tiefer wurde und schliefslich die vordere Blasenwand ergriff und zerstörte; am Perineum entstand eine Harnfistel. Der Kranke ging nach wenigen Wochen unter zunehmendem Kräfteverfall zugrunde. Bei der Sektion fand sich die Blase enorm dilatiert und von einem zottigen Tumor erfüllt, die verdickte Blasenwand war von den umgebenden Organen durch dickes Fettgewebe (Pericystitis lipomatosa) getrennt. Eine histologische Untersuchung der Geschwulst wurde nicht vorgenommen, doch handelte es sich zweifellos um eine epitheliomatöse Neubildung. An beiden Nieren war eine starke Perinephritis vorhanden, aufserdem bestand rechtsseitige Hydronephrose.

Der Fall zeigt gleich anderen Beobachtungen, dafs die malignen Blasentumoren sehr langsam und verhältnismäfsig gutartig verlaufen, und dafs bei ihnen auch durch palliative Eingriffe sehr gute Erfolge erzielt werden können. *Göts-München.*

### c. *Hoden und Samenbläschen.*

**Eine neue Methode der Orchidopexie,** von M. Mamourian-Ashton-under-Lyne. (*Lancet.* 16. Jan. 1909.) Um bei der Operation wegen Kryptorchismus ein Wiederzurücksinken des Hodens zu verhindern, macht M. nach Freilegen des Organs einen zweiten Schnitt am untersten Teile des Skrotums, führt durch denselben eine Klemmpinzette ein, fafst die Tunica parietalis und zieht den Hoden mit derselben sanft herunter, bis ein Teil der Tunica durch die Öffnung heraustritt. Dann wird die Wunde mit fortlaufender Naht geschlossen, wobei die Tunica fest mit der Haut vereinigt wird. Zu weiterer Sicherung wird das Skrotum noch an die Haut des Oberschenkels festgeheftet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Ein Fall von primärem Epithelioma squamosum der Epididymis,** von R. P. Rowlands und G. W. Nicholson-London. (*Lancet.* 30. Jan. 1909.) Ein 46jähriger Konstabler kam wegen einer einige Wochen nach einem Trauma entstandenen Schwellung des rechten Hodens ins Krankenhaus. In der Annahme, dafs es sich um Tuberkulose handele, wurde das Skrotum ausgeräumt. Die mikroskopische Untersuchung (Abbildung) ergab aber ein Epitheliom, und zwar von squamösem Typus. Verfasser erklären diese dem Epitheltypus der Epididymis fremde Erscheinung durch Absprengung von epiblastischen Zellen während der fötalen Entwicklung. Der Patient ging wenige Wochen später kachektisch zugrunde.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Funiculitis endemica,** von D. K. Cobetts-Cairo. (*Lancet.* 23. Jan. 1909.) Das Auftreten einer phlegmonösen Entzündung des Samenstranges ist von Castellani als eine Eigentümlichkeit bei den Bewohnern von Ceylon geschildert worden, und auch Madden hat dieselbe beobachtet. C. hat im Krankenhaus unter 13657 Aufnahmen

zehn Fälle dieser Affektion nachgewiesen, von denen er fünf (mit Erfolg) operiert hat. Es scheint, dafs die Blennorrhoe, welche in Ägypten ungeheuer verbreitet ist, aber etwas in ihren Formen (Strikturen sind selten) von der bei uns geläufigen Erscheinung abweicht, eine Rolle hierbei spielt. Bei den daraufhin untersuchten Fällen fand sich der von CASTELLANI beschriebene Diplococcus. Zur Behandlung empfiehlt Verfasser ausgiebige Inzisionen und antiseptische Umschläge, ohne die sonst geübte Exstirpation des Hodens und Samenstranges. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Verschiedenes.

**Für den zweiten Kongrefs der Deutschen Gesellschaft für Urologie,** der vom 18.—22. April d. J. unter dem Vorsitz von POSNER-Berlin und ZUCKERKANDL-Wien tagen wird, ist folgendes Programm aufgestellt worden:

18. April, abends $8^1/_2$ Uhr, Begrüfsungsabend im Preufsischen Abgeordnetenhause, veranstaltet von den Berliner Mitgliedern der Gesellschaft.

19. April, vormittags 9 Uhr, Eröffnungssitzung im Langenbeckhaus, daran anschliefsend eine wissenschaftliche Sitzung über das Thema „Urologie und Gynaekologie" (Referenten: Prof. Dr. STOECKEL-Marburg, Prof. Dr. WERTHEIM-Wien), nachmittags $2^1/_2$ Uhr, Sitzung, Vorträge aus dem Gebiete der Harnröhrenkrankheiten.

20. April, vormittags 9 Uhr, Sitzung über das Thema „Die eitrigen, nichttuberkulösen Affektionen der Nieren" (Referenten: Prof. Dr. VON FRISCH-Wien, Prof. Dr. BARTH-Danzig), nachmittags 2 Uhr, Sitzung, Vorträge aus dem Gebiete der Nierenkrankheiten, anschliefsend Projektionsabend. $8^1/_2$ Uhr: Bankett im Kaiserhof.

21. April, vormittags 9 Uhr, Sitzung über das Thema „Blasentumoren" (Referenten: Prof. Dr. CASPER-Berlin, Prof. Dr. ZUCKERKANDL-Wien), nachmittags $2^1/_2$ Uhr, Sitzung, Vorträge aus dem Gebiete der Blasen- und Prostatakrankheiten.

22. April, vormittags 9 Uhr, Sitzung, Vorträge über verschiedene Themata aus der Urologie.

**Eine neue Methode für Massage der Urethra**, von JOSEF SELLEI-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 1.) Mit der Sonden- und Dilatatorenbehandlung, welche — aufser der Erweiterung der Harnröhre — die Resorption chronischer Infiltrationen der Urethra bezweckt, kann man nicht in allen Fällen zum Ziele gelangen. Die Ursache dafür liegt in den anatomischen Verhältnissen der Harnröhre, welche in den einzelnen Segmenten verschiedenen Kalibers ist. Am auffälligsten sind die Verhältnisse am Bulbus. Hier können Sonde oder Dilatator nur auf die eine Hälfte der kugelartigen Fläche einwirken. Um also den Infiltrationen der urethralen Schleimhaut auch in jenen Fällen beikommen zu können, wo sich die bisherigen Behandlungsmethoden nicht immer bewährten, war es angezeigt, solche Instrumente zu verfertigen, durch welche eine aktive endourethrale Massage ermöglicht ist. Die Instrumente sind mit kugel- und birnartigen Knöpfen versehene biegsame Metallstäbe. Die endourethrale Massage, welche nebst oder kombiniert mit den bekannten und gebräuchlichen Behandlungsverfahren empfohlen wird, kommt demzufolge dort zur Anwendung, wo eine Resorption circumskripter Infiltrationen bezweckt, oder die Retention der Drüsen und Taschen der urethralen Schleimhaut behoben werden soll.

(Als Richtigstellung des von Dr. POROSZ in Nummer 5 auf Seite 236 unter dieser Aufschrift erschienenen entstellten Referats.)

**Autoreferat.**

---

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. №. 9. 1. Mai 1909.

## Über weiche Naevi.

Von

Dr. JOHANNES FICK-Wien.

Aus der ursprünglichen Naevusfrage, nämlich der Frage nach der Herkunft der Naevuszellen, haben sich allmählich mehrere Naevusfragen entwickelt, von denen jede einzelne von weitgehendem Interesse ist, von Interesse für den Histologen und Embryologen nicht minder wie für den Pathologen. Diese Naevusfragen berühren sich mit Fragen der normalen Histologie und Entwicklungsgeschichte, die zum Teil erst durch das sorgfältige Studium der Naevi angeregt oder doch in den Vordergrund des Interesses gerückt wurden. Wenn wir nämlich mit UNNA der Ansicht sind, dafs die Naevuszellen Abkömmlinge der Epidermiszellen sind, so sind wir gezwungen, uns mit Erscheinungen an epithelialen Zellen auseinanderzusetzen, die bei anderen Tumoren, deren Zellen vom Epithel abstammen, bisher nicht bekannt geworden sind. Die bisher herrschenden Anschauungen über epitheliale Zellen unter normalen und pathologischen Bedingungen reichen nicht ohne weiteres aus, alle bei weichen Naevis zu erhebenden Befunde befriedigend zu erklären. Wir lernen also, die epitheliale Herkunft der Naevuszellen als sichergestellt vorausgesetzt, bisher unbekannte Eigenschaften epithelialer Zellen, speziell der Epidermiszellen, kennen. Sind also die Naevuszellen wirklich Abkömmlinge des Epithels? Die Entscheidung dieser Frage steht immer noch im Vordergrunde des Interesses. Meiner Ansicht nach ist aber diese Frage schon als gelöst zu betrachten. Ich habe vor einiger Zeit die allgemeine Anerkennung der epithelialen Herkunft der Naevuszellen nur noch als eine Frage der Zeit hingestellt und werde das an der Hand der einschlägigen Literatur an dieser Stelle nun noch ausführlicher zu begründen suchen. Viel schwieriger zu lösen und besonders eifrigen Studiums wert erscheinen mir die an die ursprüngliche Naevusfrage anknüpfenden Probleme. Zunächst die durch KROMAYER angeregte Frage: Bleiben die vom Epithel stammenden Naevuszellen Epithelien oder nehmen sie nicht vielmehr Eigenschaften an, die sie nicht

nur morphologisch, sondern auch biologisch den Zellen bindegewebiger Herkunft ähnlich bezw. sogar gleichartig werden lassen? Daſs die Entscheidung dieser Frage von allergröſster Bedeutung ist, liegt auf der Hand. Eine weitere Naevusfrage lautet: Wie verhalten sich die typischen Naevuszellen zu den verästelten pigmentführenden Zellen? Sind die pigmententhaltenden typischen Naevuszellen hinsichtlich der Genese identisch mit den verästelten pigmentführenden Zellen? Sind es verschiedene Entwicklungsformen oder Entwicklungsstadien einer und derselben Zellgattung, die wir in den Naevuszellen und den „Chromatophoren" vor uns haben oder handelt es sich um zwei von einander total differente Zellarten? Diese durch RIBBERT angeregten Fragen führen dann weiter zur Frage der „Chromatophoren", zur Frage der Herkunft des melanotischen Pigments. Die Pigmentfrage läſst sich von den Naevusfragen kaum trennen, denn selbst wenn man in der Tumorbildung einerseits und in der Hyperpigmentierung andererseits zwei unabhängig von einander verlaufende Prozesse sehen will, so muſs man doch mit der Frage der Herkunft des Pigments sich beschäftigen, falls man alle bei den weichen pigmentierten Naevis zu erhebenden Befunde genau analysieren will. Daſs es ein sehr miſsliches Ding ist, das Pigment einfach als gegeben zu betrachten, wird sich aus dem folgenden ohne weiteres ergeben. — Eine weitere Frage betrifft ferner die Definition der Naevuszelle. Die typische Naevuszelle kennt ein jeder. Wie steht es nun aber mit den in manchen Naevis mehr, in anderen in geringerer Zahl vorkommenden Zellen, die in der Regel in den tieferen Coriumpartien sich finden und, morphologisch wenigstens, Bindegewebszellen gleichen? Daſs sie zum Teil von typischen Naevuszellen abzuleiten sind, wird durch die topographischen Verhältnisse und durch Übergangsformen sichergestellt. Aber ist nun auſserdem auch eine Proliferation echter präexistierender Bindegewebszellen vorhanden? In vielen Fällen ist die Frage: Wo hört, rein morphologisch betrachtet, die Naevuszelle auf und wo fängt die Bindegewebszelle an? kaum präzis zu beantworten. Diese Frage steht aber im engsten Zusammenhang mit der weiteren: Sind alle weichen Naevi, vom Standpunkt der Histogenese betrachtet, identisch oder gibt es nicht vielleicht epitheliale und bindegewebige Naevi? Doch nehmen wir einmal die epitheliale Genese aller weichen Naevi als sichergestellt an, so sind die feineren Vorgänge, die sich bei der Umwandlung der Epithelzelle zur Naevuszelle abspielen, noch eingehender zu untersuchen. Die auslösenden Momente dieser Vorgänge nicht nur, sondern schon das einfache Wie dieser Vorgänge stellen noch manche Frage zur Erörterung, z. B.: Entwickelt sich die Naevuszelle aus der fertig ausgebildeten Epithelzelle oder stellt die Naevuszelle ein auf einem unentwickelten Zustand stehen gebliebenes Zellindividuum dar? Ist die Naevuszelle eine eigentümliche Degenerationsform einer ursprünglich

normal entwickelten Epithelzelle oder ist sie als eine Hemmungsbildung aufzufassen? Weitere Fragen ergeben sich, wenn wir von den Naevis uns den auf dem Boden der Naevi sich entwickelnden destruktiv wachsenden Tumoren zuwenden. Wie entsteht aus dem Naevus das Naevocarcinom? Sind es die Naevuszellen selbst, die an einer Stelle oder auch an mehreren Stellen gleichzeitig in exzessive Wucherung geraten oder entwickelt sich das Carcinom direkt von den Epidermiszellen über dem Naevusgebiet oder kommen beide Entstehungsweisen in Betracht, so daſs zwei verschiedene Arten von Naevocarcinomen zu unterscheiden wären? Alle diese Fragen, die sich noch viel detailierter ausführen und denen sich noch eine Reihe weiterer hinzufügen liessen, stecken in dem klinisch in der Regel so belanglosen weichen Naevus. Es ist daher nicht zu verwundern, daſs in den letzten 15 Jahren etwa, d. h. seit der ersten Publikation UNNAS, eine groſse Anzahl von Forschern sich dem Studium der weichen Naevi zuwandte und ihre Untersuchungsergebnisse in zum Teil recht umfangreichen Publikationen niederlegte. Dem unserem Gegenstand Fernstehenden dürfte es nicht mehr so ganz leicht sein, einen Überblick über diese neuere Naevusliteratur zu gewinnnen. Es soll daher im Nachstehenden versucht werden, die wichtigsten Ergebnisse der neueren Naevusforschung zusammenfassend darzustellen, wobei sich dann zeigen wird, welche dieser Ergebnisse wir unseren als gesichert zu betrachtenden Kenntnissen einreihen dürfen und welche noch weiterer Nachprüfung bedürfen. Als meine Hauptaufgabe sehe ich ein möglichst objektiv gehaltenes Referat an; um dessen Umfang tunlichst einzuschränken sehe ich davon ab über eigene Untersuchungen[1] in extenso zu berichten. Hinweise auf solche werden aber doch stellenweise notwendig sein.

Die ältere Geschichte der Naevusforschung brauche ich nur ganz kurz zu berühren, indem ich auf die Arbeiten z. B. von LÖWENBACH (1899), ZAAIJER (1903), RIECKE (1903) verweise. Die älteste Auffassung der Naevi, die diese Tumoren als Fibrome anspricht (SIMON, VIRCHOW, ROKITANSKY), hat noch in neuerer Zeit Verfechter gefunden (RIECKE, PINI, BORST), dagegen ist die Auffassung DEMIEVILLES und ALEXANDRA BOGOLIUBSKYS, welche die Naevuszellen von Blutgefäſsendothelien ableiteten, heute wohl so gut wie ganz verlassen. LÖWENBACH hat 1899 einen Fall, ohne verallgemeinernde Schluſsfolgerungen zu ziehen, als Blutgefäſsendothelien gedeutet. Auch die Lehre VON RECKLINGHAUSENS, nach welcher die Naevuszellen Abkömmlinge der Lymphgefäſsendothelien sein sollten, zählt heute wohl nicht mehr sehr viele Anhänger, doch kommen wir auf sie

[1] Den Herren DDr. W. FICK - St. Petersburg, H. HOFFMANN-Reval und R. VON WISTINGHAUSEN-Reval, welche mir Operationsmaterial freundlichst überliessen, spreche ich auch an dieser Stelle meinen besten Dank aus.

noch zu sprechen. Sie war es, gegen welche Unna (1893) hauptsächlich Stellung nahm, als er mit der Behauptung hervortrat, die Naevuszellen seien Abkömmlinge epithelialer Zellen, die Naevi somit Epitheliome. Wenn schon vor Unna oder etwa gleichzeitig mit ihm einzelne Autoren für die epithelialer Herkunft der Naevuszellen sich geäufsert haben, (Durante 1871, Filandeau 1893, Reboul 1893, eventuell auch Renoul 1892), so ist hierzu zu bemerken, dafs 1871 unter „Epithel" nicht nur Epithelien in unserem heutigen Sinne, sondern auch Endothelzellen als „Epithelien" der Gefäfse verstanden wurde. Renoul erklärt die aus Naevis hervorgehenden malignen Geschwülste als Epitheliome auf Grund ihres, den epithelialen Krebsen entsprechenden Baues; ähnlich äufsern sich Filandeau und Reboul. Den Nachweis zu erbringen, dafs die Naevuszellen von echten Epithelzellen abstammen, hat jedenfalls zuerst Unna versucht, durch konsequentes Eintreten für seine Auffassung, durch Wort und Schrift eine lebhafte Diskussion über die Naevi angeregt und nicht wieder zu Ruhe kommen lassen. Mit Unnas Arbeit über Naevi und Naevocarcinome in der *Berliner klin. Wochenschr.* 1893 beginnt die moderne Geschichte der weichen Naevi. Schon in dieser ersten Abteilung gibt Unna die charakteristischen Veränderungen, welche die Epithelzellen, indem sie zu Naevuszellen werden, durchmachen genau an:

„Im Momente der Loslösung verändern sich die Epithelien auffallend, sie werden rundlicher, weniger stark tingibel, ihr Protoplasma hellt sich auf und jede Spur von Stachelung an der Peripherie verschwindet. Diesen letzten Umstand beobachtet man natürlich nur dort gut, wo der Stachelpanzer schon gut ausgebildet ist, bei jüngeren Kindern." „Ebenso wie vom Deckepithel lösen sich auch metaplastisch veränderte Epithelkugeln und Epithelstreifen von der Stachelschicht der Haarbälge und Knäuelgänge ab und werden durch ein wachsendes Bindegewebe sequestriert." „Auf diese Weise entstehen die Naevuszellnester in den tiefer gelegenen Partien des Corium."

1894 erschien Unnas Histopathologie der Hautkrankheiten, in welcher pag. 746 und folg. und pag. 1147 und folg. die Histologie der Naevi und Naevocarcinome ausführlich erörtert wird. In dieser sehr ausführlichen Schilderung gibt Unna Erklärungen für die scheinbar sehr differenten Befunde bei den verschiedenen Exemplaren der Naevi und damit auch schon implizite eine Entgegnung auf die zu erwartenden Einwände. Auch hob Unna gleich hervor, dafs die epitheliale Genese in unanfechtbarer Weise hauptsächlich nur bei Neugeborenen und kleinen Kindern nachweisbar sei, wo ein direkter Zusammenhang der Naevuszellen mit epithelialen Bestandteilen der Haut leicht zu beobachten sei und wies ferner darauf hin, dafs eben infolge der weiteren Entwickslung eines Naevus die Bestimmung der Histogenese bei älteren Naevis schwieriger und mit absoluter Sicherheit nur durch den Vergleich solcher älterer Exemplare mit jüngeren möglich sei. Trotzdem bringt das Jahr 1895 eine unter Ribberts Leitung entstandene Arbeit von Bauer, welche die endotheliale Genese

der Naevuszellen verficht. BAUERS Material stammt fast ausschließlich von frischen Leichen erwachsener und jugendlichen Personen. UNNAS Forderung, die Naevi Neugeborener und Kinder zu untersuchen, entspricht BAUER nicht und kommt in derselben Weise, wie seinerzeit v. RECKLINGHAUSEN vorgehend, per exclusionem zum Schluß, die Naevuszellen seien Abkömmlinge der Endothelien der Lymphspalten. Auch findet BAUER in manchen Naevuszellsträngen ein deutliches Lumen, welches er als Rest des Lumens der Lymphspalte auffaßt. Veränderungen an der Epidermis findet BAUER nur insofern, als einzelne Leisten mehr als in der Norm in die Tiefe reichen. Diesen Befund deutet BAUER als Folge des von den Naevuszellen auf das Bindegewebe zwischen den Leisten ausgeübten Einflußes. Die Naevuszellmasse drängt nach oben, wodurch einzelne im tieferen Corium fixierte Leisten in die Länge gezogen werden. Die Naevuszellen dringen von unten an die Epidermis heran, liegen schließlich der Epidermis an, so daß man wohl den Eindruck bekommen könnte, sie stammten von dieser ab, doch läßt sich vielfach noch etwas Bindegewebe zwischen Epidermis und Naevuszellhaufen nachweisen. — Etwa gleichzeitig äußert sich auch LUBARSCH durchaus abfällig über UNNAS Auffassung, die er als in der Luft schwebend bezeichnet. — Die Arbeit BAUERS veranlaßt UNNA zu einer polemischen Bemerkung, die besonders durch die Angabe interessant ist, daß UNNA nicht weniger als 50 Naevi untersucht hatte, bis ihm endlich ein absolut eindeutiger Fall in die Hände gelangte, bei dem die Zweifel an der epithelialen Genese der Naevuszellen verstummen mußten; dann gelang es ihm allerdings leichter, weitere beweisende Exemplare zu finden. Aber auch die Beweiskraft von UNNAS Originalpräparaten wurde nicht anerkannt, so von RIBBERT und von ISRAEL. LUBARSCH hat sich später wenigstens für eine Reihe von Fällen UNNA angeschlossen, ebenso KROMAYER, der sich anfänglich ebenfalls für die endotheliale Herkunft der Naevuszellen erklärte. Dies erwähne ich gleich, weil ich gerade darin, daß einige frühere Gegner zu UNNAS Anschauung übergegangen sind, mit einen Beweis für deren Richtigkeit erblicke. Ich erinnere deshalb auch gleich an eine Bemerkung KROMPECHERS (1903), welcher sagt, er habe sich der Lehre von der epithelialen Genese der Naevuszellen gegenüber sehr skeptisch verhalten, bis ein einwandfreier Fall ihn zu einem überzeugten Anhänger der Auffassung UNNAS machte. Den letzt genannten Autoren (LUBARSCH, KROMAYER, KROMPECHER) kann ich auch mich selbst anreihen. Ich habe (1902) mich zwar nicht direkt gegen die epitheliale Genese der Naevuszellen ausgesprochen, sondern sogar eher dafür, aber doch mit großer Reserve; ich betrachtete die Frage der Herkunft der Naevuszellen noch bis vor kurzem als eine offene, mit unseren heutigen Methoden unlösbare, bis ich eben auch auf einen Naevus stieß, bei welchem an der epithelialen Genese der Zellen

auch nicht die geringsten Zweifel obwalten konnte. Jetzt finde ich nachträglich auch an meinen früheren Präparaten Stellen, welche die epitheliale Genese der Naevuszellen deutlich demonstrieren. Die ersten UNNAS[2] Auffassung bestätigenden Arbeiten erschienen 1896 von DELBANCO und von KROMAYER. DELBANCO schließt sich an allen wesentlichen Punkten vollkommen UNNA an, dagegen geht KROMAYER schon eigene Wege und inauguriert eine neue Lehre insofern, als er zwar die Naevuszellen, entgegen seiner früheren Anschauung, jetzt ebenso wie UNNA vom Epithel abstammen läßt, aber dann diesen Zellen einen wesentlich anderen Lebenslauf zuschreibt als UNNA. UNNA hatte seine Lehre von der epithelialen Genese der Naevuszellen unter anderem auch durch den Hinweis darauf gestützt, daß die in Haufen zusammenliegenden Naevuszellen in epithelialer Anordnung beisammen lägen, Zelle an Zelle, ohne durch eine Interzellularsubstanz von einander getrennt zu sein. KROMAYER wies nun auch in den scheinbar rein zellularen Naevusnestern feinste Bindegewebsfasern nach. Dieser Befund veranlaßt ihn aber nicht, die epitheliale Genese fallen zu lassen, sondern führt ihn zu der Folgerung, diese Interzellularsubstanz sei ein Produkt der Naevuszellen, welche vom Epithel abstammen und später auch funktionell zu bindegewebigen Elementen werden. Auf diese Desmoplasielehre KROMAYERS kommen wir später noch ausführlicher zurück. Zunächst interessiert uns die Art und Weise der Entstehung der Naevuszelle aus der Epidermiszelle. Diesbezüglich findet nun KROMAYER, sowohl im Gebiet der untersten Epidermiszellreihen, an das Corium anstoßend, als auch mitten in der Epidermis, Nester von Zellen, welche einen allmählichen Verlust der Epithelfasern erkennen lassen. UNNA und KROMAYER betonen also beide eine Wucherung der Epidermis und gewisse auffallende Veränderungen an einzelnen oder in Gruppen beisammenliegenden Epidermiszellen. Daß diese Bilder eine mehrfache Deutung zulassen, werden wir später sehen. 1897 wird die Beweiskraft der Präparate UNNAS anerkannt von WALDEYER, v. KÖLLIKER, KLAATSCH, v. BENEDEN. TAILHEFER sowie HODARA erklären sich für die epitheliale Herkunft der Naevuszellen. Letzterer verwendet zum Studium hauptsächlich die Epithelfaserfärbung und beschreibt eingehend die schon von UNNA und KROMAYER gewürdigten Epidermisveränderungen. HODARA wendet sich auch ausführlich gegen BAUER, bemängelt, daß dieser Autor die Epithelfaserfärbung nicht angewendet habe. Nach HODARA ist die Abschnürung der Naervuszelle von der Epidermis die Folge einer Degeneration oder eines Bruches der Epithelfasern. — Gleichzeitig regt sich

---

[2] Wenn ich der Kürze halber hier einfach von UNNAS Auffassung spreche, so ist damit nur die Lehre UNNAS von der epithelialen Genese — von Details abgesehen — gemeint.

auch die gegnerische Meinung. Herxheimer und Loetsch sprechen sich für die endotheliale Herkunft der Naevuszellen aus, während Ribbert mit einer neuen Auffassung hervortritt. Ribbert (1897) geht von den Melanomen der Chorioidea aus, stellt die prinzipielle Indentität dieser Tumoren mit den Melanosarkomen der Haut fest, erörtert hierauf die Frage der Chromatophoren, an deren Spezifität sowohl als an deren bindegewebiger Herkunft Ribbert garnicht zweifelt und weist dann darauf hin, daſs zwischen diesen verästelten Pigmentzellen —, den typischen Chromatophoren — ferner stark pigmentierten rundlichen Zellen und endlich den Naevuszellen alle möglichen Übergangsbilder nachweisbar seien. Die verästelten pigmentführenden Zellen faſst Ribbert als mit Eigenbewegung ausgestattet, dem Mesoderm entstammende spezifische „Chromatophoren" auf, die runden pigmentierten Zellen als Kontraktionsformen dieser Chromatophoren (in einer späteren Arbeit [s. u.] als Degenerationsformen), die nur wenig oder garnicht pigmentierten Naevuszellen als unvollkommen entwickelte Jugendformen. Auf die sehr interessanten Ausführungen Ribberts kommen wir noch ausführlicher zurück; zunächst sei nur festgestellt, daſs Ribbert, da er die Naevuszellen als Jugendformen der Chromatophoren auffaſst, letztere aber als sichergestellte Mesodermzellen betrachtet, konsequenterweise Unnas Auffassung ablehnen muſs. Wir finden denn auch bei Ribbert eine ausführliche Kritik der Arbeiten Unnas und Kromayers. Die nach Kromayer mitten in der Epidermis liegenden Naevuszellen erklärt Ribbert als Querschnitte von Papillen, die mit Naevuszellen prall gefüllt sind. Daſs die Zellen dieser angeblich im Epithel liegenden Zellhaufen einen allmählichen Verlust der Protoplasmafasern zeigen hält Ribbert noch nicht für erwiesen. Hierbei wendet sich Ribbert besonders gegen Kromayer. Kromayer gibt in einer Erwiderung auf Ribberts Aufsatz zu, daſs er diesen wichtigen Punkt, nämlich den allmählichen Verlust der Protoplasmafasern, nicht genügend ausführlich behandelt und nicht genügend hervorgehoben habe und betont nochmals, daſs er mitten im Epithel Zellhaufen gefunden habe, die aus Zellen bestanden, an denen der allmähliche Verlust der Epithelfasern deutlich zu beobachten war. Kromayer beruft sich auf durchaus eindeutige Befunde an dünnen Schnitten. Vielleicht mit Rücksicht auf diese Erwiderung hat Ribbert seinen Standpunkt etwas modifiziert und erklärt 1904 die betreffenden Bilder zwar nicht mehr als durch die Schnittführung bedingte Täuschungen, aber er läſst die betreffenden Zellen doch nicht als Abkömmlinge der sie umgebenden Epidermiszellen gelten, sondern deutet sie als eingewanderte Chromatophoren (s. u.). 1898 schlieſst sich Scheuber Unna an und beschreibt ebenfalls in toto im Epithel liegende Zellenkomplexe, die als Vorstufen der Naevuszellbildung aufgefaſst werden. In den tieferen Partien des Corium verliert der Naevus viel von seinem epithelialen Charakter. Daſs sich Scheuber geradezu Kromayer anschlieſst,

wie in manchen Arbeiten der letzten Jahre angegeben wird, kann ich aus SCHEUBERS Äusserungen nicht entnehmen. In demselben Jahre wie die Arbeit SCHEUBERS, erscheit die Dissertation von HEINZ. Dieser leitet die Naevuszellen von Endothelien der Blut- und Lymphgefäſse ab, welche infolge des Reizes, den das aus der Epidermis durch bewegliche Zellen in die Cutis transportierte Pigment ausübt, in Wucherung geraten. 1899 schlieſsen sich GILCHRIST, FOSTER, WAELSCH UNNAS Auffassung an, während LÖWENBACH einen Fall beschreibt, bei welchem durch Serienschnitte sich nachweisen lieſs, daſs die Naevuszellen einer Wucherung der Blutgefäſsendothelien ihren Ursprung verdanken. Der Übergang von Endothelienzellen in Naevuszellen geschieht nach LÖWENBACH in zweierlei Weise: entweder durch exzentrische Endothelwucherung oder, was viel häufiger zu beobachten ist, durch allseitige konzentrische Endothelwucherung, wodurch das Lumen verengt wird und schlieſslich verschwindet, so daſs ein solider Strang vorliegt. UNNAS Auffassung lehnt somit LÖWENBACH für diesen einen Fall ab, zieht aber keine verallgemeinernde Schlüſse. Ebenfalls 1899 erscheint eine Arbeit von PAYR, der sich RIBBERT anschlieſst, während WIENER zu keinem recht bestimmten Resultat bezüglich der RIBBERTschen Auffassung gelangt; die Lehre UNNAS lehnt WIENER ab. SOLDAN (1899) und SAMSON (1900) finden Beziehungen der Naevi zu den Neurofibromen, eine Auffassung, die seither keine Anhänger gefunden hat. 1900 äuſsern sich AUDRY sowie WHITFIELD für die epitheliale Genese. SCHALEK sagt zum Schluſs, UNNAS Ansicht sei probably correct. DELISLE scheut sich, ein bestimmtes Urteil abzugeben. M. JOSEPH erklärt sich entschieden für einen vermittelnden Standpunkt. Er beschreibt einen aus einem Naevus entstandenen Tumor, der zweifellos ein Carcinom war, erklärt aber, der Fall LÖWENBACHS, welcher in JOSEPHS Laboratorium untersucht wurde, weise mit Bestimmtheit darauf hin, daſs es auch endotheliale Naevi gäbe, auch lieſsen, nach JOSEPH, die Arbeiten von GREEN, HENSEN und NÖLKE, WIENER keinen Zweifel daran aufkommen, daſs es auch Naevosarkome gäbe. 1901 erklären sich RAVOGLI, ABESSER, LARASS, JUDALEWITSCH, HERMANN für die epitheliale Genese; UNNA präzisiert in seinem Atlas zur Histopathologie der Haut nochmals seinen Standpunkt. Nach UNNA führt die Metaplasie der Stachelzellen entweder zu einer kontinuierlichen Produktion von Naevuszellmassen oder an einer andern Stelle zu einer diskontinuierlichen Produktion von Naevuszellen. An dieser Umwandlung sind nicht immer nur die basalen Partien der Stachelschicht und Haarbälge beteiligt, auch die übrigen epithelialen Elemente der Haut können daran partizipieren. Der einfachen Metaplasie kann sich dann eine Degeneration in Form einer „gelben Schwellung“ oder einer halbflüssigen Schwellung oder einer homogenen Schwellung hinzugesellen. Eine Umwandlung epithelialer Zellen in bindegewebige nimmt UNNA nicht

an. Die Naevuszellen bleiben epitheliale Zellen. ABESSER untersuchte Serienschnitte, an denen er zunächst zweifellos eine Epidermiswucherung feststellen konnte; dann beschreibt er ausführlich die Komplexe sich ablösender Zellen; KROMAYERS Auffassung wird abgelehnt, dagegen stimmt ABESSER gewissermaſsen mit RIBBERT überein insofern, als auch er die pigmentführenden verästelten Zellen und die Naevuszellen für histogenetisch identisch hält, mit dem fundamentalen Unterschied allerdings, daſs er diese sowohl wie jene von der Epidermis ableitet, während RIBBERT, dessen diesbezügliche Ansicht ABESSER zu widerlegen sucht, die „Chromatophoren" und somit die Naevuszellen als mesodermale Elemente deutet. JUDALEWITSCH folgt in allen wesentlichen Punkten KROMAYER, nur gibt er im Gegensatz zu KROMAYER an, er habe mitten im Epithel die bewuſsten Zellkomplexe, welche allmählich die Protoplasmafasern verlieren, nicht gefunden, sondern nur an der Spitze der Zapfen bezw. an der Epidermiscoriumgrenze.

Das Jahr 1902 bringt eine Reihe von Arbeiten. BORST faſst unter strikter Ablehnung der Ansichten UNNAS und KROMAYERS den weichen Naevus als ein Fibroma melanodes auf. Nach PINI sind die Naevuszellen embryonale Bindegewebszellen. SCHÜTZ tritt für die Lehre von der endothelialen Genese ein unter Beibringen der üblichen Argumente. MÖLLER sowie HERXHEIMER und HILDEBRAND stellen sich auf den vermittelnden Standpunkt JOSEPHS. MÖLLER gibt an, in seinen zwei Fällen sei die epitheliale Genese der Naevuszellen fraglos, aber wenn die Naevuszellen konstant vom Epithel abstammten, so hätte das kompetenten Untersuchern doch nicht entgehen können. FICK betrachtet die Naevuszellen als gegeben und beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Pigment der Naevi. Ferner erscheint eine Arbeit KROMAYERS über Desmoplasie, in welcher auch die Verhältnisse beim Naevus erörtert werden. Die Desmoplasie, d. h. die morphologische und biologische Umwandlung epithelialer Zellen zu bindegewebigen, ist nach KROMAYER ein physiologischer Vorgang, der beim Naevus eine Steigerung erfährt und auch sonstige Abweichungen von der Norm zeigt; es liegt beim Naevus eine Paradesmoplasie vor. Der Prozeſs beginnt unter Aufblähung des Protoplasmas der Epithelzelle mit dem Verlust der Epithelfaserung. Während der Kern kleiner, schmaler, chromatinreicher wird und nach der Peripherie der Zelle verlagert erscheint, nimmt das Protoplasma eine schwammige Struktur an. Es entstehen „Bläschenzellen", die allmählich in das Bindegewebe verlagert werden. Auch ZAAIJER (1903) gibt eine genaue Beschreibung der Epidermisveränderungen, bezeichnet die von UNNA, DELBANCO, KROMAYER, HODARA, ABESSER, JUDALEWITSCH u. a. beschriebenen intraepithelialen Zellkomplexe als „naevogene" Zellen und schlieſst sich UNNAS Auffassung an. Die Naevuszellen werden nach ZAAIJER höchstwahrscheinlich nicht zu Bindegewebszellen. Die im Bindegewebe vorfindlichen pigmentführenden Zellen sind ver-

schiedenen Ursprungs. Die Naevocarcinome entstehen entweder durch exzessive Wucherung der Naevuszellen oder unmittelbar aus der Epidermis. BECK und KROMPECHER schliefsen sich ebenfalls UNNA an. KROMPECHER nimmt dann in einer Monographie einen etwas abweichenden Standpunkt insofern ein, als er die verschieden gebauten Naevi auf verschiedene Weise von der Epidermis ableitet. KROMPECHER unterscheidet Basalzellennaevi, welche aus Basalzellen, d. h. aus ovalen oder länglichen Zellen mit wenig Protoplasma und ovalen, intensiv färbbaren Kernen bestehen und mehr oder weniger pigmentiert sind, und zweitens Cubocellularnaevi, welche aus bläschenförmigen runden, kubischen oder polygonalen Zellen ohne Epithelfaserung mit reichlichem Protoplasma und bläschenförmigen, weniger intensiv gefärbten Kernen bestehen:

„Die Basalzellennaevi, weiterhin die Basalzellen-Naevuskrebse entstehen ebenso wie die Basalzellenkrebse überhaupt durch Wucherung der Basalzellen, welche ihren embryonalen Charakter beibehalten. Während aber UNNA die untersten Stachelzellen vor der Wucherung eine einfache Metaplasie zu Basalzellen durchmachen läfst, welche sich morphologisch in Schwellung des Protoplasmas, Pyknose und Zerklüftung des Kernes und in mangelhafter Färbung dieser Zellen kundgibt, glaube ich, dafs die derartig regressiv veränderten Stachelzellen untergehen und der auch noch durch ödematöse Durchtränkung und Pigmentation begünstigte Zerfall sowohl bei den Basalzellennaevi wie bei den Basalzellenkrebsen überhaupt, blofs die Wucherung, die Proliferation der benachbarten Basalzellen anregt resp. begünstigt. Ohne eine krebsige Metaplasie resp. Anaplasie im Sinne HANSEMANNS bei diesen Basalzellen zu leugnen, sei blofs hervorgehoben, dafs die von mir angenommene Metaplasie resp. Anaplasie keinesfalls mit der erwähnten, leicht erkennbaren „einfachen Metaplasie“ UNNAS zusammenfällt, vielmehr eine mehr biologische Metaplasie zu sein scheint, die sich morphologisch wenig bemerkbar äufsert.“ „Entgegen diesen Basalzellennaevi und Basalzellenkrebsen entstehen die Cubocellularnaevi und die cubocellulären Naevocarcinome, deren Hauptgruppe die Melanocarcinome bildet, durch Wucherung metaplastischer Stachelzellen. Trotzdem diese Metaplasie besonders häufig an pigmentierten Stellen auftritt und diese von UNNA als gelbe Schwellung bezeichnete Metaplasie durch Anwesenheit von Pigment begünstigt wird, kann doch die Metaplasie auch ohne Pigmentation erfolgen... Diese metaplastisch umgewandelten Stachel- resp. schon kubischen Zellen werden ins Bindegewebe verlagert, geraten hier isoliert in lebhafte mitotische und amitotische Wucherung und bilden hier Alveolen resp. cubocelluläre Naevi- und Melanocarcinome.“

JOSEPH steht auch 1903 auf seinem früheren vermittelnden Standpunkt. Eine eigentümliche Auffassung hat RAVENNA; er beschreibt einen primären melanotischen Tumor der Analgegend, den er als Sarcoma fusocellulare deutet. Bezüglich der Naevuszellen schliefst sich RAVENNA UNNA an, d. h. hält also die Naevuszellen für Abkömmlinge des Epithels. Da nun aber der untersuchte Tumor sarkomatösen Bau zeigt, sieht RAVENNA sich zu der Annahme genötigt, sein Tumor habe sich nicht aus einem Naevus entwickelt. Von SACHS wird ein Fall von xanthomartigem Naevus beschrieben und bei der Gelegenheit UNNAS Auffassung abgelehnt. Das-

selbe tut RIECKE, welcher in einer recht umfangreichen Arbeit zum Schlufs gelangt, die Naevuszellen seien unvollkommen entwickelte, auf einem embryonalen Zustand stehen gebliebene Bindegewebszellen. Die Epidermisveränderungen hält RIECKE nicht für den Ausdruck des Beginns der Naevuszellbildung, sondern für einen von dieser ganz unabhängigen Prozefs. 1904 schliefst sich MIGLIORINI UNNAS Auffassung an. Er wendet sich insbesondere gegen SCHÜTZ und RIEKE. Es gibt zweifellos Naevuszellen, die kontinuierlich mit der Epidermis zusammenhängen (Serienschnitte). Der allmähliche Verlust der Epithelfasern wird beschrieben. Naevuszellenhaufen finden sich mitten in der Epidermis, auch wenn sie „intradermal" fehlen. MIGLIORINI meint daher, dafs sie nicht, wie RIECKE annimmt, von unten her hineingedrängt werden:

Das Aussehen der direkten Übergänge von Epidermiszellen zu Naevuszellen ist ungleich, „einige sind dünn, lang, regelmäfsig; andere plump ungestalt, mehr einem breiten Bande, einem Lappen ähnlich, als einer Schnur. Ihre Zusammensetzung ist verschieden; in einigen Fällen beginnt der naevusartige Teil schon innerhalb der Epidermis und setzt sich in die Tiefe fort; in anderen ist der obere Teil aus blofsem epithelialen Gewebe gebildet; wieder in anderen verläuft ein zentraler Epidermisfaden bis nahe zum unteren Ende, aber umgeben in seiner ganzen Länge von Naevuszellen."

Besonders betont MIGLIORINI, dafs stellenweise auf eine normale „Fibrillation" zeigende Partie eine rein epitheliale, aber ohne Epithelfasern folgt. Solche Bilder findet man namentlich in jungen Naevis, wo intradermale Naevuszellen noch fehlen:

„Es handelt sich also nicht um eine blofse Anlagerung, sondern um eine vollständige Fusion, unmittelbaren Zusammenhang des Gewebes, welches sich nie in einem Falle von mesoblastischem Tumor, der vom Corium gegen die Epidermis wächst, findet." ... „Aufser diesen Befunden (nämlich den direkten Übergängen zwischen Epidermis und Naevuszellen) mufs noch ein anderer, noch interessanterer, aber zweifellos viel seltenerer von „direkten Übergängen" erwähnt werden. Ich meine nämlich die mehr oder weniger grofsen Inseln von MALPIGHIschen Zellen, welche in der Mitte des Naevuslagers im Corium vollständig von der Epidermis getrennt liegen und allseits von Naevuszellen umgeben sind."

Diese letzte Angabe MIGLIORINIS scheint mir jedenfalls noch genauerer Nachprüfung zu bedürfen. — RIBBERT vertritt in demselben Jahre, in seiner Geschwulstlehre, die 1897 geäufserten Ansichten mit einigen Modifikationen. Wir kommen darauf weiter unten ausführlicher zurück. RÖSSLE schliefst sich in einer Arbeit über die Entstehung des melanotischen Pigments RIBBERT an. KROMAYER demonstriert auf der siebenten Tagung der deutschen pathologischen Gesellschaft Präparate, an welchen sich die Desmoplasie verfolgen läfst. Wir kommen darauf noch zurück. 1905 erscheint eine diesbezügliche Mitteilung KROMAYERS in den *Monatsh. f. pr. Derm.* In das gleiche Jahr fällt eine Arbeit von JOHNSTON, der die Naevuszellen von Blut- und Lymphgefäfsendothelien ableitet, endlich die letzte Auflage

von ZIEGLERS Lehrbuch, wo der weiche Naevus unter Ablehnung der Auffassung UNNAS als Lymphangioendothelioma hypertrophicum dargestellt wird. — Im Verhältnis zur überreichen Naevusliteratur der letzten Jahre, bringt das Jahr 1906 nur sehr wenig. Mit der Herkunft der Naevuszellen beschäftigt sich, so viel ich sehe, nur eine Arbeit von FOX, der einen vermittelnden Standpunkt einnimmt insofern, als er meint, diejenigen Naevi, welche typische Naevuszellstränge zeigen, seien epidermalen Ursprungs, eine andere seltenere Abart der weichen Naevi zeige keine typische Anordnung der Naevuszellen. Der Ursprung dieser letzteren sei fraglich, möglicherweise sind sie mesodermaler Herkunft. Das Naevomelanom ist in der Mehrzahl der Fälle ein Naevocarcinom. POLLIO beschäftigt sich, ohne auf die Herkunft der Naevuszellen einzugehen, mit der Klassifizierung der Pigmentnaevi. REINES beschreibt einen Basalzellenkrebs, der sich im Gebiet eines Naevus vom Oberflächenepithel entwickelt hatte. Die Genese der Naevuszellen läſst REINES unerörtert. RIBBERT bezeichnet in der ersten Ergänzung zu seiner Geschwulstlehre die von ihm gegenüber anderen Anschauungen verfochtene Ansicht als gesichert. Auch 1907 erscheinen nur das Sammelreferat von HERXHEIMER und BORNEMANN, die sich dem vermittelnden Standpunkt JOSEPHS anschlieſsen, weil nur durch die Annahme, daſs sowohl epitheliale als endothelial-bindegewebige Naevi vorkämen, die einander widersprechenden Beobachtungen der Autoren verständlich seien und die Arbeit von WIETING und HAMDI, die ebenfalls zwar ihre Fälle für epitheliale Naevi ansehen, aber das Vorkommen endothelialer als möglich hinstellen. 1908 erklärt sich DALLA FAVERA für, KYRLE gegen UNNAS Auffassung, doch läſst KYRLE es in suspenso, von welchen Mesodermzellen die Naevuszellen stammen. KYRLE lehnt also nur die epitheliale Genese ab; kommt per exclusionem zum Schluſs, die Naevuszellen seien Mesodermzellen.

Aus dieser in der allerletzten Zeit allerdings schon etwas versiegenden Fülle von Arbeiten seien nun einige herausgegriffen, an deren Hand auf die eingangs aufgeworfenen Fragen näher eingegangen werden soll. Insbesondere werden uns diejenigen Arbeiten beschäftigen, in welchen noch immer gegen die epitheliale Herkunft der Naevuszellen Stellung genommen wird.

Während die älteren Untersucher ihre Aufmerksamkeit hauptsächlich den im Corium sich abspielenden Veränderungen zuwandten, die Epidermis höchstens in bezug auf die Pigmentverhältnisse genauer untersuchten, hat man seit UNNAS ersten Publikationen (1893 und 1894), die auf sehr wesentliche Vorgänge in der Epidermis hinwiesen, sich auch mit dieser eingehender beschäftigt, und gerade den Epidermisveränderungen widmen die neueren Untersucher eingehende Schilderungen und die Epidermisveränderungen sind es, die als noch in vieler Hinsicht kontrovers eine

ausführliche Betrachtung verdienen. Schon UNNA wies auf Wucherungsvorgänge an der Epidermis und an deren Anhangsgebilden hin, machte darauf aufmerksam, daſs einzelne Leisten und Zapfen des Rete sehr weit in die Tiefe reichten, eine Erscheinung, die namentlich auch noch bei älteren Naevis zu beobachten sei, bei denen die Wucherungsvorgänge am Deckepithel schon im allgemeinen weniger deutlich ausgesprochen seien als bei jungen Naevis, bei denen man sehr deutlich eine Wucherung der Leisten und ein Einanderberühren und Verschmelzen benachbarter Leisten an einzelnen Stellen beobachten könne. Es entständen durch dieses partielle Verschmelzen im mikroskopischen Schnitt Bilder von retikulär angeordneten Epithelzügen; das Bindegewebe in den Maschen dieses Netzes enthalte die Naevuszellen. — Im Hinblick darauf, daſs bei älteren Naevis die Wucherungsvorgänge der Epidermis nicht mehr so deutlich zu beobachten sind, ja bei manchen Exemplaren die Epidermis sogar eher verdünnt erscheint und allenfalls nur einige wenige Leisten oder auch Zapfen tiefer ins Corium hineinragen, wurde das Vorhandensein von Wucherungsvorgängen von manchen Autoren, so RIBBERT, BAUER u. a. direkt in Abrede gestellt. Den Umstand, daſs einzelne Leisten in die Tiefe ragen, erklärten diese Autoren durch die Annahme, die im Papillarkörper und in den oberen Schichten des Corium vorhandene Naevusmasse dränge das Deckepithel hinauf, gleiche die meisten Reteleisten aus und nur einzelne etwas tiefer ins Bindegewebe hineinragende würden nicht verstrichen, sondern eben durch das Hinaufgedrängtwerden der Nachbarschaft in die Länge gezogen. Das Netz epithelialer Züge in flachen Naevis entstände im mikroskopischen Bild als Folge von Schräg- und Querschnitten, durch die durch die Naevuszellmasse kolbig aufgetriebenen, verzerrten und dadurch rings vom Epithel umgebenen Papillen. Daſs nun aber tatsächlich bei jüngeren Naevis Wucherungsprozesse an der Epidermis sich abspielen, geht mit Sicherheit zum Beispiel aus den Untersuchungen ABESSERS hervor, welcher Serienschnitte anfertigte und an kleinsten Naevis nachweisen konnte, daſs das netzförmige Aussehen der Epidermis nur im Gebiet des Naevus vorhanden sei, in der Nachbarschaft bei Gleichbleiben der Schnittführung verschwände. — Es ist somit wohl als sichergestellt anzusehen, daſs, an kleinen beginnenden Naevis wenigstens, sich Wucherungsvorgänge an der Epidermis abspielen. Es ist nun wohl auch der Einwand erhoben worden, diese Wucherung sei ein sekundärer Vorgang, hervorgerufen durch die aus der Tiefe kommende Naevusentwicklung, eine Reaktionserscheinung. Dieser Einwand ist aber leicht durch den Hinweis darauf zu entkräften, daſs gerade in denjenigen Exemplaren von Naevis, bei denen Naevuszellen im Corium noch sehr spärlich sind, die Wucherung der Epidermis sehr deutlich bemerkbar ist, während umgekehrt sehr zellreiche Naevi die Epidermiswucherung nicht, und zwar wie ich meine, nicht mehr erkennen

lassen. Ebenso wie auf die Wucherungsvorgänge an der Epidermis wird von vielen Untersuchern auf knospenartige Wucherungen der äufseren Haarscheide hingewiesen, auch darauf aufmerksam gemacht, dafs die im Naevusgebiet befindlichen Haare vielfach zahlreicher und stärker seien, als in der normalen Nachbarschaft und ungewöhnlich tief in das Corium hinabreichen.

Noch mehr als die Wucherungserscheinungen haben gewisse Veränderungen an den Epidermiszellen Anlafs zur Diskussion gegeben. Man findet, wie Unna, Kromayer, Hodara, Scheuber, Abesser, Judalewitsch und viele andere Autoren angeben, teils an einzelnen, teils an in Haufen in gröfseren und kleineren Komplexen zusammenliegenden Zellen, die im Gebiet der Basalzellenschicht der Epidermis oder wohl auch zwischen höheren Lagen der Epidermis situiert sind, eigentümliche Veränderungen. Diese Zellen erscheinen gequollen, mehr rundlich als die normalen Zellen, ihr Kern ist kleiner und stärker tingibel, die Protoplasmafaserung ist nicht mehr oder nur undeutlich in Gestalt einzelner Fäden ausgesprochen, welche die so veränderten Zellen mit den Nachbarzellen verbinden. Diese letzteren erscheinen, sofern sie einen Komplex pathologisch veränderter Zellen umgeben, abgeflacht. Diese veränderten Zellen finden sich am häufigsten an dem dem Corium zugekehrten unteren Rande der Reteleisten, aber auch, wenn auch seltener, an der seitlichen Begrenzung der Leisten. Da die Leiste im Schnitt als Zapfen erscheint, hat man vielfach den Eindruck, als würde ein kugelig oder oval gestalteter Komplex alterierter Epidermiszellen von den normalen wie von einer Kappe überdeckt. Zwischen dem Komplex veränderter Zellen und den normalen Nachbarzellen zeigt sich im Präparat in der Regel ein mehr oder weniger deutlicher Spalt, der von den erwähnten Fasern stellenweise überbrückt wird. Stellenweise ist ein ganzer Retezapfen aus veränderten Zellen zusammengesetzt, dann sieht man vom Deckepithel einen aus gequollenen durch einzelne feine Fäden untereinander und mit dem normalen Deckepithel zusammenhängenden Zellen bestehenden Zapfen in das Corium hineinragen. Die alterierten Zellen sind häufig stark pigmentiert und heben sich schon dadurch dann von der normalen Nachbarschaft deutlich ab. Nebeneinanderliegende alterierte Zellen fliefsen manchmal zusammen, so dafs mehrkernige, in der Regel stark pigmentierte Gebilde entstehen. Wie erwähnt, trifft man die gleichen Veränderungen auch an einzelnen Zellen, die hier und da in die Basalzellenschicht der Epidermis eingefügt erscheinen. Mehrere Untersucher, wie z. B. Kromayer, Scheuber, Hodara, Migliorini, Dalla Favera, finden Komplexe alterierter Epidermiszellen auch zwischen den höher gelegenen Zellagen der Epidermis, also mitten im Rete, während Judalewitsch dort ihr Vorkommen in Abrede stellt und solche Bilder als auf Täuschung beruhend auffafst, wogegen Kromayer hervorhebt, er

habe sich an Serienschnitten mit Sicherheit davon überzeugen können, dafs diese Zellkomplexe mitten in der Epidermis, rings von normalen Zellen umgeben, vorkommen. Aus diesen Angaben geht wohl hervor, dafs in der Tat Komplexe eigentümlich veränderter Zellen mitten in der Epidermis vorkommen. Doch dürfte es sich um ein relativ seltenes Vorkommnis handeln; jedenfalls ist die Epidermis-Coriumgrenze dasjenige Gebiet, wo die in Rede stehenden Veränderungen am häufigsten zur Beobachtung gelangen. Diese Zellen haben nun hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Entstehung der Naevuszellen die verschiedenartigste Beurteilung erfahren. Während Unna, Kromayer und ihre Nachfolger bis auf die neueste Zeit in diesen von Kromayer als „Bläschenzellen", von Zaaijer als „naevogene Zellen" bezeichneten Elementen veränderte Epithelzellen und Vorstufen der Naevuszellen erblicken, deuten andere Autoren, die die endothelial-bindegewebige Genese der Naevuszellen verteidigen, und auch Ribbert, die gleichen Befunde in wesentlich anderer Weise. Die ersten Untersucher, welche Unnas Angaben nachprüften, aber zu anderen Deutungen gelangten wie Unna, erklärten die fraglichen Zellen zwar für Naevuszellen, aber für Naevuszellen, die von unten oder von der Seite, jedenfalls vom Bindegewebe herkommend, an die Epithelzellen der Epidermisleisten so stark herangedrängt seien, dafs das zwischen diesen Zellen und den Epithelzellen ursprünglich vorhandene Bindegewebe zugrunde gegangen sei. Diese Autoren wiesen darauf hin, dafs an vielen Stellen, wo zwischen Epidermis und Naevuszellen scheinbar kein Bindegewebe vorhanden sei, sich ein solches mit distinkten Spezialfärbungen doch noch nachweisen lasse. Lägen nun diese Naevuszellen mitten in der Epidermis, so sei das auf eine Täuschung des mikroskopischen Bildes zurückzuführen; es handle sich um Quer- und Schrägschnitte durch mit Naevuszellen ganz ausgefüllte Papillen. In diesem Sinne äufserten sich Bauer undanfänglich auch Ribbert und nach ihnen auch neuere Autoren. Ribbert, welcher später zu der Anschauung gelangte, die Naevuszellen seien Jugendformen der „Chromatophoren", erklärt 1904 die fraglichen Bilder durch die Annahme einer Einwanderung dieser Chromatophoren in die Basalzellenschicht und eventuell auch zwischen die höher gelegenen Epidermiszellen. Dafs in den fraglichen Zellkomplexen ein allmählicher Schwund der Protoplasmafasern zu beobachten sei, gibt Ribbert offenbar nicht zu, denn noch nach der Entgegnung Kromayers auf Ribberts erste Arbeit und nach den Mitteilungen von Abesser, Judalewitsch und Kromayers Arbeiten über Desmoplasie (1902), vertritt Ribbert die erwähnte Anschauung. Weitere bis in die neueste Zeit reichende Arbeiten, z. B. von Zaaijer (1903), Migliorini (1904), Dalla Favera (1908) haben nun wohl überzeugend nachgewiesen, dafs die fraglichen Zellveränderungen, die man im Gebiete der Epidermis beobachten kann, sich tatsächlich an den Epidermiszellen selbst abspielen

und mehrere Gegner der Lehre von der epithelialen Genese der Naevuszellen geben denn das auch zu, sagen nun aber, die fraglichen Zellen seien zwar pathologisch veränderte Epithelzellen, aber eben auch nur das und nicht etwa die Vorstufen der Naevuszellen. Man beachte, wie sich der gegnerische Standpunkt verschoben hat. Anfänglich wurde von den Gegnern UNNAS ohne weiteres zugegeben, es handle sich bei den fraglichen Zellen um Naevuszellen, aber sie seien nicht im Epithel entstanden; nachdem sich nun doch nicht mehr leugnen läſst, daſs diese alterierten Zellen dem Epithel entstammen, wird die Identifizierung der eigentümlich veränderten Zellen mit den Naevuszellen, die früher ohne weiteres zugegeben wurde, beanstandet. Jetzt heiſst es, die Epidermisveränderungen sind für die Bildung der Naevuszellen von sekundärer Bedeutung.

RIECKE (1903) und KYRLE (1908) deuten die fraglichen Epidermisveränderungen als eine Folge des Vorhandenseins der Naevuszellen im Bindegewebe. Die ersten Zeichen der Beeinflussung der Epidermis sind nach KYRLE die einer hydropischen Degeneration. Proliferationserscheinungen, die sich durch Vermehrung der Mitosen kundgeben müſsten, fehlen in der Epidermis. Später komme es dann zu einer Atrophie der Epidermis. Die typischen Naevuszellen werden von unten her an die Epidermis herangedrängt und kommen dadurch mit dieser in Berührung. Die von früheren Autoren als Vorstufen der Naevuszellen angesehenen Elemente in der Epidermis werden dagegen nicht zu Naevuszellen. RIECKE findet es auffallend, daſs sich die maſsgeblichen Veränderungen der Epidermis in den peripheren Anteilen des pathologisch veränderten Gebiets dokumentieren, wo RIECKE nur wenig Naevuszellen und diese nur in den tieferen Coriumpartien vorfand. RIECKE gibt zu, daſs man den Eindruck des Abwachsens von Zellkomplexen vom Epithel erhalte, aber das habe mit der Naevuszellbildung nichts zu tun, da man derartige Bilder auch bei anderen pathologischen Prozessen gelegentlich antreffen könne. Da mehrere Autoren wie LARASS, ABESSER, JUDALEWITSCH einen engeren Zusammenhang zwischen Epithelalteration und Pigmentierung finden, so verlangt RIECKE, es sei jedenfalls zunächst einmal der Nachweis zu erbringen, daſs diese Zellalterationen auch an unpigmentierten Naevis in gleicher Weise sich finden. Auch E. ALBRECHT äuſsert sich in einer Diskussionsbemerkung zu KROMAYERS Vortrag (1904) in dem Sinne, daſs die Bläschenzellen nicht die Vorstufen der unter dem Epithel liegenden Zellen seien. Die Bläschenzellen seien hydropisch degenerierte Epithelien. BENEKE erklärt in der gleichen Diskussion die Bläschenzellen für eingewanderte bindegewebige Elemente. Auch die Naevuszellen sind nach BENEKE bindegewebiger Provenienz. Demgegenüber wird nun von UNNAS Anhängern hervorgehoben, daſs, wenn die Epithelalteration eine Folge des Vorhandenseins der Naevuszellen im Corium wäre, sie nur dann beobachtet werden

müſste, wenn Naevuszellen im Corium vorhanden seien, man finde aber die Epithelalteration auch beim ganz flachen Naevus, bei welchem Naevuszellen im Corium manchmal ganz fehlen. Das betont von neueren Autoren z. B. MIGLIORINI. Wenn RIECKE darauf hinweist, daſs die Epithelalteration sich auch bei anderen Prozessen finde, so trifft das, wie auch ich bestätigen kann, zu, doch habe ich die betreffenden Veränderungen nie auch nur annähernd so deutlich ausgesprochen gesehen wie beim Naevus, und KROMAYER gründet ja auf das auch bei anderen Prozessen beobachtete Vorkommen dieser Epithelalteration zum Teil seine Desmoplasielehre, sieht in dieser Epithelalteration ein nicht ungewöhnliches, beim Naevus besonders ausgesprochenes, pathologisch gesteigertes Vorkommnis. Wenn RIECKE in den peripheren Teilen des Naevus, wo keine Naevuszellen im Papillarkörper vorhanden waren, die Epidermisalteration findet, so läſst sich dieser Befund ja auch so erklären, daſs man annimmt, in den zentralen Partien sei der Prozeſs der Epidermisalteration und des Abtropfens der Epithelien schon beendet oder im Moment der Beobachtung gerade nicht im Gange. Der Befund auf den RIECKE aufmerksam macht (Epidermisalteration, bei Fehlen von Naevuszellen an der betreffenden Stelle), paſst auch nicht recht zu der Auffassung KYRLES, der gerade durch das Vorhandensein der Naevuszellen die Epidermisveränderung hervorgerufen sehen will. Von UNNA, KROMAYER, ABESSER, JUDALEWITSCH u. a. wird nun auch auf Übergangsformen zwischen den in Rede stehenden veränderten Epithelzellen und den typischen Naevuszellen hingewiesen. Auf Grund eigener Beobachtungen schlieſse ich mich diesen Autoren an. An vielen Stellen stöſst man, wenn man geeignetes Material untersucht, auf so unmerkliche Übergänge zwischen typischen Naevuszellen und den erörterten veränderten Epidermiszellen, daſs sich das Hervorgehen der ersteren aus den letzteren gar nicht von der Hand weisen läſst. Wie oben erwähnt, habe ich, scheinbar wenigstens, gleiche Epithelveränderungen auch bei anderen pathologischen Prozessen gesehen, aber abgesehen davon, daſs die Identität dieser Alteration mit der beim Naevus mir noch nicht ganz zweifellos erscheint, kann man ja auch, die Identitität als erwiesen vorausgesetzt, KROMAYERS Theorie zur Erklärung heranziehen, wobei man deshalb KROMAYER noch nicht bis zu seinen letzten Konsequenzen zu folgen braucht. Es können sich ja beim Naevus sowohl als auch in geringerem Maſse bei anderen Prozessen Epithelzellen von der Epidermis ablösen und ins Bindegewebe geraten, ohne deshalb, wie KROMAYER will, nun auch biologisch zu Bindegewebszellen zu werden. — Auf die Übergänge der alterierten Epithelien in Naevuszellen sei noch etwas näher eingegangen. Während an vielen Stellen im Naevusgebiet die Begrenzung der Epidermis gegen das Corium eine ebenso scharfe ist wie in der normalen Haut, stöſst man an anderen Stellen auf Partien, wo diese Grenze verwischt erscheint. Die untere Fläche der

Epidermis erscheint ausgefranzt; der Übergang vom Epithel zum Bindegewebe wird durch Zellen gebildet, welche eine deutliche Protoplasmafaserung nicht mehr besitzen, die obersten hängen noch durch einzelne Fasern mit normalen Epithelzellen zusammen, die untersten befinden sich im Bindegewebe und sind von den hier früher vorhandenen Bindegewebszellen kaum zu differenzieren; d. h. man ist nicht oder wenigstens nicht immer in der Lage, jedes einzelne Zellindividuum präzis zu definieren. An solchen Stellen geraten also die Zellen in mehr oder weniger aufgelöstem Schwarm in das Bindegewebe, während an anderen Stellen, wo ein ganzer zusammenhängender Komplex alterierter Epidermiszellen allmählich sequestriert wird ein Naevuszellballen ins Corium gelangt. Eine Auffaserung der Epidermis und ein Undeutlichwerden der Epidermis-Coriumgrenze kommt nun allerdings auch bei anderen Prozessen vor, ohne dafs ein Naevus entsteht. Aber es scheint mir deshalb noch nicht erwiesen, dafs die feineren Vorgänge an den Zellen genau die gleichen sind und nehmen wir das auch an, so ist es ja immer noch denkbar, dafs eben nur beim Naevus diese abgelösten Zellen lebensfähig bleiben, während sie bei entzündlichen Prozessen zugrunde gehen, beim Carcinom andererseits sehr lebhaft proliferieren. Die Beziehungen zwischen Epithel und Bindegewebe sind ja noch lange nicht allseitig befriedigend erklärt; deshalb meine ich, ist man einfach zunächst darauf angewiesen, sich an das zu halten, was man sieht und beim Naevus sieht man, dafs epitheliale Zellen von der Epidermis ins Bindegewebe geraten. Warum sie sich beim Naevus nun so eigentümlich verhalten, dafs sie in Gestalt der Naevuszellen liegen bleiben, das ist schon eine weitere Frage. Wenn die Naevuszellen sich in mancher Hinsicht anders verhalten als andere vom Epithel stammende Zellen, so hat man angesichts der mikroskopischen Bilder, die die Entstehung der Naevuszellen aus Epithelzellen demonstrieren, doch nicht das Recht, die epitheliale Abstammung der Naevuszellen zu leugnen, sondern mufs seine Anschauungen über die Eigenschaften der Epithelzellen ändern. — Wie oben erwähnt, haben mehrere Autoren angegeben, es komme bei der Entstehung der besprochenen alterierten Epithelzellen aus den normalen zu einem allmählichen Verlust der Epithelfaserung; die Fasern, mit denen die alterierten Zellen mit den normalen Nachbarzellen verbinden, werden als die letzten Reste der Epithelfasern aufgefafst. Andere Autoren sind von der Richtigkeit der Deutung der Befunde in diesem Sinne nicht überzeugt. So meint z. B. Löwenbach, die spärlichen Fasern, die man an den alterierten Zellen findet, könnten wohl auch etwas anderes sein, als Reste der spezifischen Epithelfasern, da sich ja bei der Epithelfaserfärbung auch noch andere Fibrillen, die aber nicht den Protoplasmafasern entsprechen, färben. Für mich unterliegt es nun keinem Zweifel, dafs die in Rede stehenden veränderten Zellen erstens alterierte Epithelien und

zweitens Vorstufen der Naevuszellen sind, was aber den Verlust der Epithelfaserung anbetrifft, so bin ich, trotzdem ein solcher von mehreren Autoren angeblich in verschiedenen Phasen beobachtet wurde, doch noch nicht so ganz davon überzeugt, dafs die Vorstufen der Naevuszellen aus normalen Epithelzellen durch Verlust der Epithelfasern hervorgehen. Ich halte es noch nicht für sicher ausgemacht, dafs die Fasern, welche hier und da die alterierten Zellen mit den normalen verbinden, wirklich Reste typischer Epithelfasern sind. Die Annahme eines allmählichen Verlustes der Epithelfasern scheint mir aber auch gar nicht eine conditio sina qua non, eine Bedindung, die zum Aufrechterhalten der epithelialen Genese der Naevuszellen unbedingt notwendig wäre. Hat aber ein allmählicher Verlust der Epithelfasern nicht stattgefunden, so mufs man deshalb noch nicht sich zu der unwahrscheinlichen Annahme einer plötzlichen Alteration der Zellen verstehen. Es gibt noch eine weitere Möglichkeit, die, wie es scheint, kaum in Erwägung gezogen worden ist, nämlich die, dafs die Epithelzellen, die zu Naevuszellen werden, eine Epithelfaserung überhaupt nie gehabt haben. Ich finde, dafs die zu beobachtenden Bilder mit dieser Annahme sich sehr gut vereinigen lassen. Die Epithelzelle ist im Moment ihrer Entstehung frei von Epithelfasern; stellt man sich nun vor, dafs die neu entstehenden Zellen zum Teil nicht den normalen Lebenslauf durchmachen, sondern dafs sie, weil ihnen aus unbekannter Ursache die Fähigkeit einen Stachelpanzer zu bilden fehlt, zunächst in der Basalzellenschicht liegen bleiben und dann, weil ihnen der Zusammenhang mit benachbarten Zellen mangelt, bei weiterem Wachstum der Epidermis aus dem Verbande der Epidermis ausgeschaltet und in das Bindegewebe verlagert werden, so wäre das Endresultat dasselbe, wie wenn man einen Verlust, ein Zugrundegehen schon entwickelter Epithelfasern annimmt, wie das die meisten Autoren tun. Mir scheint es plausibler eine Hemmungsbildung der Epithelzelle als einen degenerativen Prozefs zur Erklärung der Bilder heranzuziehen, da für einen degenerativen Prozefs eine auslösende Ursache noch schwerer vorstellbar erscheint, als für eine Hemmungsbildung. Es liegt unter den beim Naevus vorliegenden Verhältnissen meiner Ansicht nach näher anzunehmen, einige Epidermiszellen seien nicht zu ihrer gewöhnlichen Entwicklung gelangt, als vorauszusetzen, voll entwickelte Epidermiszellen lieferten unter Verlust der Epithelfasern die Vorstufen der Naevuszellen. Die Zellhaufen zwischen den höheren Lagen des Rete liefsen sich bei Annahme einer Hemmungsbildung durch die Annahme erklären, unentwickelte Epithelzellen seien ausnahmsweise nicht schon von der Basalzellenschicht ins Corium verlagert, sondern hinaufgeschoben worden. Dafs die zwischen den höheren Lagen des Rete liegenden alterierten Epithelien dann noch ins Corium gelangen, halte ich nicht für sicher erwiesen. — Die Epithelveränderungen stehen nun, dem Eindruck kann man sich nach

den Angaben vieler Autoren nicht entziehen, in einer auffallenden Beziehung zum melanotischen Pigment. Sehr häufig treten die alterierten Epidermispartien dadurch schon deutlich hervor, dafs sie relativ viel reichlicher melanotisches Pigment enthalten, als die benachbarten normalen. Schon UNNA hatte den Eindruck, dafs das Pigment den Vorgang der „Metaplasie" begünstige, doch sei das Pigment nicht durchaus notwendig, da es ja auch unpigmentierte Naevi gäbe. Bei Besprechung der Pigmentverhältnisse kommen wir auf diesen Punkt genauer zurück; es scheint aus mancherlei Gründen zweckmäfsig, Epidermis-, Cutis- und Naevuszellenpigment im Zusammenhang zu erörtern.

Fasse ich zusammen, was auf Grund der in neuerer Zeit erschienenen Arbeiten bezüglich der Epidermis im Naevusgebiet sich als Resultat der Untersuchungen ergibt, so stellt sich heraus, dafs erstens von allen Autoren, welche junge Naevi untersuchten, eine Wucherung der Epidermis gefunden und durch Untersuchungen an Serienschnitten einwandsfrei nachgewiesen wurde und dafs zweitens das Vorkommen gewisser Epithelalterationen von fast allen Autoren (Ausnahmen: RIBBERT, SCHÜTZ) anerkannt wird, wobei allerdings die Verfechter der Lehre von der bindegewebigen Herkunft der Naevuszellen (RIECKE, KYRLE) leugnen, dafs die alterierten Epidermiszellen die Vorstufen der Naevuszellen darstellen.

(Fortsetzung folgt.)

---

# Versammlungen.

## Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 28. November (12. Dez.) 1908.

Originalbericht von Dr. LEO EHRLICH-St. Petersburg.

1. JELZINA stellt zwei Fälle von **extragenitaler Syphilis** vor; in beiden Fällen handelt es sich um eine **Sklerose der Tonsilla**, wobei die typische Veränderung der Lymphdrüsen fehlt; die Untersuchung der Genitalien gibt gleichfalls negative Resultate. Die vorgestellten Fälle haben, nach J.s Meinung, ein besonderes Interesse in der Beziehung, dafs beide Sklerosen tief exulceriert sind und sogar eine gewisse Neigung zu Gangrän haben. Die Anamnese, deren Bedeutung nach J.s Ansicht auch bei extragenitaler Syphilis keine Rolle spielt, ist in beiden Fällen unklar.

Diskussion: OBRASZOFF teilt nicht die Meinung der Referentin, dafs die Anamnese bei der extragenitalen Syphilis ohne Bedeutung sei; zwar sollte man für die Diagnose der extragenitalen Syphilis die Anamnese nur mit grofser Vorsicht annehmen, andererseits aber habe dieselbe eine grofse Bedeutung und Wichtigkeit im prophylaktischen Sinne, und deshalb müfste man nach O.s Meinung in jedem Falle der extragenitalen Syphilis eine durchaus sorgfältige Anamnese unbedingt feststellen.

IWANOFF erkundigt sich, ob die spezifische Therapie eingeleitet worden sei und ob unter Wirkung derselben das Krankheitsbild sich nicht geändert hätte, da momentan beide Kranken seiner Meinung nach kein typisches Bild einer Tonsillarsklerose darbieten. — Darauf erwidert JELZINA, daſs sie bei den vorgestellten Fällen ihre Meinung behaupten müsse, umsomehr, als gerade jetzt beide Sklerosen sehr typisch ausgebildet seien.

2. SOLOWIEFF demonstriert einen Fall von **Gumma der Stirn** und einen zweiten Fall mit **ulcerösem Syphilid**, beide mit Jodipininjektionen behandelt. Die Resultate dieser Behandlung sind vorzüglich. Unter anderem weist S. darauf hin, daſs in beiden Fällen die Anamnese durchaus negativ ist, und daſs die WASSERMANNsche Reaktion in dem ersten Falle negativ, in dem zweiten aber positiv ausgefallen ist.

Diskussion: IWANOFF ist der Meinung, daſs man eigentlich nur solche Fälle der Jodipintherapie unterziehen müſste, wo andere Jodpräparate erfolglos geblieben sind. Was nun den glänzenden Erfolg der Jodipintherapie nach S.s Behandlung bei den von ihm demonstrierten Fällen anbetrifft, so kann der Opponent diese Ansicht nicht teilen, da dasselbe Resultat auch mit der BIJETschen Lösung nach dreimonatlicher Behandlung zu erzielen sei. — Darauf erwidert SOLOWIEFF, daſs er bei sehr groſsem Materiale sich überzeugt hat, daſs in vielen Fällen die Jodipintherapie weitaus jede andere Jodtherapie übertrifft.

PAWLOFF ist auch der Meinung, daſs die von S. zugunsten der Jodipintherapie vorgestellten Fälle nicht ganz überzeugend seien, da dieselbe auf nicht behandelten Fällen appliziert worden ist, und solche Fälle, wie bekannt, sehr schnell auch auf kleine Dosen Jodkalium reagieren.

3. IWANOFF stellt einen Fall mit **Folliklis** vor, der seiner Ansicht nach seines akuten Verlaufes wegen bemerkenswert ist. Die tuberkulöse Ätiologie sei bewiesen. Die histologische Untersuchung fehlt.

4. MOROSOFF zeigt einen Fall von **Keratosis palmaris et plantaris UNNA**. Der Fall charakterisiert sich durch sehr typische Lokalisation, sowie durch ausgesprochene und vollständig bewiesene Heredität; nicht nur die Mutter und die Groſsmutter, sondern auch die weiten Ahnen litten an derselben Krankheit.

5. WELIKANOFF stellt einen Fall mit **Lichen ruber planus atrophicus annularis** vor; Krankheitsdauer zwei Jahre. Auf verschiedenen Hautstellen und besonders in der Fossa subclavicularis und jugularis bestehen sehr typische, flache, glänzende Lichenknötchen mit mehr oder weniger ausgesprochener Hautatrophie. Besonders merkwürdig sind die Veränderungen der Kopfhaut, sowie der Verlauf der einzelnen Lichenknötchen, von denen jedes sich schlieſslich in eine Ringform umwandelt.

Diskussion: IWANOFF weist darauf hin, daſs, wäre es nicht die ganz typische Veränderung auf den anderen Hautstellen, die zugunsten der Lichendiagnose spricht, es nicht so leicht möglich sei, die Diagnose des Lichen der Kopfhaut festzustellen, weil auf der Kopfhaut die Licheneffloreszenzen überhaupt sehr atypisch verlaufen.

SOLOWIEFF wundert sich, daſs ein solch typischer Lichenfall ganz ohne Jucken verläuft und hält die WASSERMANNsche Reaktion in diesem Falle wohl nicht für überflüssig.

PAWLOFF, IWANOFF und OBRASZOFF, auf S.s Bemerkung erwidernd, weisen darauf hin, daſs man sehr oft Fälle von Lichen beobachtet, welche gänzlich ohne Jucken verlaufen.

6. STEPANOFF hält einen längeren Vortrag: **Über einige Bedingungen, welche auf den Erfolg bei der Behandlung der Hautkrankheiten mit Hochspannungsströmen wirken**. Der Vortrag wird in kurzem erscheinen.

---

**Protokolle des XX. Ärztetages der Gesellschaft livländischer Ärzte in Riga, 28. bis 30. August 1908.**

(Ref. nach *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 5—7.)

Zum Thema **Lepra** berichtet BICHLER, dafs mit Nastin B I im Rigaer Leprosorium 20 Kranke gespritzt wurden (ausgeschlossen wurden dabei Nieren-, Lungen-, Magenkranke und schwere Lepra nervorum-Fälle). Bei zwei Kranken liefs sich eine spezifische Wirkung auf die Leprome konstatieren.

Die **Röntgenbehandlung der Lepra** wird von HIRSCHBERG zur Nachprüfung empfohlen auf Grund eines Falles, wo eine circumskripte tuberomakulöse Effloreszenz am Arme (mit Bazillen) mit Hilfe dieser Methode zur Heilung kam. LASSARS wenig ermunternde Erfolge beruhen nach H. auf ungenügender Behandlungsdauer und Auswahl der Fälle. — Die Erfahrungen mit Nastininjektionen berechtigen nicht zu optimistischen Hoffnungen.

TRUHART erwähnt das Vorkommen eines sog. **Verdauungsekzems** der Haut an der Ausmündungsstelle der Pankreasfistel (GUSSENBAUER), welches er 39 mal beobachtete.

Einen Fall von **gummöser Vaginitis** bei einer 29 Jahre alten Frau demonstriert KEILMANN. Tumor und Ulcera schwanden unter spezifischer Behandlung.

Die übrigen das Gebiet der Dermatologie betreffenden Vorträge sollen noch als selbständige Publikationen erscheinen. *Arthur Schucht-Danzig.*

---

# Fachzeitschriften.

## Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VIII, Heft 10.

1. **Beitrag zur Kenntnis der Prostituierten-Individualität,** von J. KYRLE-Wien. Der Verfasser legt seinem Thema folgende Fragen zugrunde: 1. Welche äufseren Momente sind dafür verantwortlich zu machen, dafs Mädchen der Prostitution zugeführt werden? 2. Welche Überlegungen oder Vorstellungen treten bei dem Individuum, das sich der Prostitution zuwenden will, in den Vordergrund? 3. Was denkt die Prostituierte von der Art ihrer Lebensführung und was ist der Wunsch der Prostituierten bezüglich ihres Lebensabends? Die Beantwortung unternimmt er mittels der ihm von 100 Prostituierten der FINGERschen Klinik gemachten Angaben. Danach macht das erste Liebesverhältnis — sei es mit, sei es ohne Folgen — das Mädchen unfähig zur Weiterführung ihrer Dienststelle, und das Bekanntwerden mit Prostituierten bringt es selbst zur Inskribierung in dem Wunsche, sich ein glänzendes und relativ angenehmes Dasein zu verschaffen bei möglichst reichem Gelderwerb. Die Prostituierte weifs, dafs in ihrer Lebensführung die Verdienstquelle gelegen ist; sie hält diese für einen ehrlichen Erwerb und wünscht sich nur soviel zu sparen, dafs sie im Alter davon leben kann.

**Erwiderung,** von W. HAMMER-Berlin. H. wendet sich gegen ihm unterstellte Behauptungen BLASCHKOS in Bd. II, Nr. 12 dieser Zeitschrift. *Schourp-Danzig.*

---

## American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band XIII, Nr. 1.

1. **Über Immunität und über die Differentialdiagnose bei akuten Exanthemen,** von JOHN HENRY BLODGETT-Boston.

2. **Syphilitische Veränderungen in der Mundhöhle,** von C. R. O'Crowley-Newark.

3. **Subakute und chronische Entzündungen der Samenbläschen,** von James W. Wiltse-Albany. Kasuistik. Drei Krankheitsgeschichten.

4. **Erysipel und seine Behandlung,** von William F. Barclay - Pittsburgh. Innerliche Darreichung von Calomel und Chinin; äufserliche Umschläge mit

*Natrii boracic.* 15,0
*Acid. carbol.* 1,875
*Glycerini* 15,0
*Aquae* ad 180,0

5. **Endoskopische Untersuchungen der Harnröhre des Mannes,** von Henry G. Spocner-Boston. Elf Abbildungen mit Beschreibung.

6. **Vergleich der heutigen Chirurgie der Harnwege und der von 1905,** von Charles E. Barnett-Foot Wayne. Hinweis auf den heutigen Stand der Prostatektomie.

7. **Syphilitische Placenta,** von W. O. Pauli-Cincinnati. Literaturübersicht und eigene Beobachtung ergeben, dafs die Spirochaeta pallida in syphilitischer Placenta nur selten und nur nach langem Suchen gefunden wurde.

8. **Hufeisenniere,** von Byron Robinson-Chicago. Kasuistik.

9. **Erysipelbehandlung,** von G. G. Thornton-Lebanon. Th. räumt dem Ichthyol nur eine lindernde Wirkung ein und empfiehlt zur Anwendung: Acidum carbolic. 3,75, Tinctura Jodi 15,0—26,5.

10. **Kritische Betrachtung über die Stellung des Arztes mit einem Anhang über die Blennorrhoetherapie,** von John Hund - Milwaukee. Appell an die Ärzte als Förderer der Volksgesundheit. Empfehlung von Argyrollösung zu Injektionen bei Blennorrhoe.

11. **Die Überlegenheit von in Alkohol aufbewahrtem Catgut für Naht und Ligatur,** von N. J. Smedley-Chicago.

12. **Chirurgische Behandlung des Blasenkrebses.** Übersichtsreferat.

*Schourp-Danzig.*

---

### Lepra.

Bibliotheca internationalis.

Band VIII, Heft 3.

VI. **Vorläufiges Programm der zweiten internationalen wissenschaftlichen Leprakonferenz vom 16.—19. August 1909 zu Bergen, Norwegen.**

VII. **Beobachtungen bei Lepra,** von G. Bourret. Aus den Blutuntersuchungen, welche B. an 19 Leprösen ausführte, ergab sich eine beträchtliche Abnahme des Gehaltes an Hämoglobin, wie sie bereits von Migliorini und Mitsuda festgestellt wurde.

Die Anzahl der weifsen Blutkörperchen fand B. in fünf Fällen normal; in den anderen 14 Fällen waren sie zum Teil beträchtlich vermindert.

Die Zahl der Lymphocyten war bedeutend vermehrt, in einem Falle bis zu 64,9%. Mastzellen wurden nur in einem Falle gefunden. In zwölf Fällen wurden eosinophile und neutrophile Zellen nachgewiesen.

VIII. **Ein Beitrag zur Behandlung der Lepra mit Chaulmoograöl und Nastin,** von A. Kupffer - Kuda (Estland). Der Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Beobachtungen im Lepraheim in Kuda die Anwendung des Nastins sowohl allein als in Verbindung mit Chaulmoograöl. Er lobt besonders die bequeme Anwendungsweise der schmerzlosen Injektionen von Nastin und die gute Verträglichkeit des Präparates für alle Kranken und zeigt an kurzen Krankheitsberichten, wie durch Nastin lepröse Produkte zum Schwinden gebracht wurden.

IX. **Die Serodiagnose atypischer Lepraformen,** von Gaucher und P. Abrami. Syringomyelie, Morvansche Krankheit und Sklerodaktylie sind oft differentialdiagnostisch schwer von Lepra zu unterscheiden. Die Verfasser glauben durch ein von ihnen angegebenes Serum die Diagnose sicher zu stellen.

X. **Gelungene Übertragungsversuche mit Lepra bei Säugetieren,** von J. Sugai-Tokio. S. verfertigte aus einem möglichst frisch entwickelten, gröfseren Hautknoten eines Leprakranken eine Emulsion und injizierte sie in die Bauchhöhle japanischer Tanzmäuse. Bei der Sektion der Tiere, die entweder starben oder von ihm einige Tage nach der Injektion getötet wurden, fand er im Peritonealüberzug und im grofsen Netze zahlreiche Granulome, die aus Epitheloidzellen bestanden, welche zahllose Leprabazillen enthielten. In der Lebersubstanz waren vereinzelte kleine, grauweifse Flecken, die das Bild von endo- und perivaskulären Infiltrationen zeigten; diese Herde bestanden ebenfalls aus denselben Epitheloidzellen. Peritoneal- und Bronchialdrüsen waren angeschwollen und zeigten charakteristische lepröse Veränderungen. Die Impfungen von Tanzmaus auf Tanzmaus fielen nicht immer positiv aus. Die leprösen Veränderungen waren bei den Tieren geringer und weniger charakteristisch als bei Menschen. Die Tiere, einschliefslich der japanischen Tanzmaus, geben keinen so geeigneten Nährboden ab wie der Mensch.

Bei Kaninchen, Hunden und Katzen fielen die Impfversuche in den meisten Fällen negativ aus. Affen, Ratten und Meerschweinchen gaben keine geeigneten Versuchsobjekte ab. Die Übertragbarkeit der Lepra auf diese Tierarten ist nicht ausgeschlossen, vielmehr scheinen die Leprabazillen sich nach des Verfassers Beobachtungen auch im Körper dieser Tierarten nicht selten mehr oder weniger vermehren zu können.

XI. **Über die Erweichung und Vereiterung der Lepraknoten,** von J. Sugai-Tokio. Nach S.s Untersuchungen kann die Erweichung oder die eitrige Entzündung bei Lepra tuberosa durch Staphylococcus pyogenes bedingt sein; manchmal können aber die Leprabazillen allein oder deren Gift die Vereiterung verursachen. Aufserdem kommen in vereiterten Lepraknoten auch Pseudodiphtheriebazillen vor.

Die Eiterkokken finden ihren Eingang in den Lepraknoten sehr wahrscheinlich durch die Haut. Sowohl bei natürlicher wie bei künstlicher Vereiterung macht sich das Bild einer Rückbildung geltend, indem es verhältnismäfsig an flüssigen Bestandteilen und polymorphen Leukocyten mangelt, was wohl in einer eigentümlichen Veränderung kleinerer Gefäfswände seinen Grund hat. Die vereiterten Herde brechen zuweilen nach aufsen durch; häufiger werden aber die flüssigen Bestandteile spontan resorbiert, wodurch die Knoten verkleinert oder verhärtet werden. Diese Schrumpfung wird wahrscheinlich durch eine der Vereiterung nachfolgende Bindegewebswucherung verursacht. Falls die Vereiterung in die gesunde Umgebung übergreift, so können die Erscheinungen eines entzündlichen Ödems oder eines Erysipels zustande kommen. Alsdann findet Infiltration polymorpher Leukocyten und Verbreitung der Leprabazillen statt, was wahrscheinlich wiederum zur Bildung neuer Knoten führt.

XII. **Lepraliteratur für das Jahr 1908.** Zusammengestellt von Otto Hamann-Berlin.

*Schourp-Danzig.*

---

# Bücherbesprechungen.

**Frühdiagnose und Tuberkulose-Immunität.** Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende, von A. Wolff-Eisner-Berlin. (Curt Kabitzsch, Würzburg 1909.) Der Verfasser gibt zuerst eine Übersicht über alle neueren Verfahren, die zur Sicherung der Frühdiagnose der Tuberkulose angegeben wurden. So bespricht er zunächst die Krönigsche Spitzenperkussion und die Röntgen-Methode, die er nicht als alleinige Methode, sondern als die klinische Diagnostik kontrollierend und ergänzend anerkennt, um dann zu den klinischen Laboratoriumsmethoden überzugehen. Unter letzteren möchte er die Cytologie des Sputums und die Cytodiagnose wieder mehr zur Anerkennung bringen und geht dann eingehender auf die Opsonine ein, deren Bedeutung für die Diagnose der Tuberkulose er voll anerkennt.

Den Hauptumfang nehmen die Pirquetsche Cutanreaktion und die von ihm selbst und Calmette angegebene Konjunktivalreaktion ein. Eine Cutanreaktion kann auftreten, wenn irgendwo im Körper sich ein aktiver oder inaktiver tuberkulöser Herd befindet. Die Konjunktivalreaktion hingegen ist nur dann positiv, wenn ein aktiver Herd im Körper vorhanden ist. Beim Lupus fällt die Konjunktivalprobe meist negativ aus, ebenso auch in vielen Fällen die Cutanreaktion im gesunden Gewebe. Hingegen gibt die Cutanreaktion im Herde selbst über die Natur selbst des kleinsten Herdes unfehlbar Auskunft. Dieser Erfolg der Cutanreaktion ist um so höher einzuschätzen, als die viel gefährlichere subcutane Injektion oft sogar diagnostisch im Stiche läfst. Lupus erythematodes scheint nach dem negativen Ausfall der Herdreaktion mit Tuberkulose nichts zu tun zu haben. Auch zu therapeutischem Eingreifen benutzt Wolff-Eisner die cutane Herdreaktion, nach vorheriger Entfernung eines Teiles des Gewebes durch Holländersche Heifsluftbehandlung. Besonders auch, um verborgene Lupusknötchen in der Umgebung eines Herdes zu entdecken, eignet sich die Cutanreaktion in Form von Tuberkulinsalbe. Im dritten Teil seines Buches gibt der Verfasser eine theoretische Erklärung der Tuberkulinwirkung und erörtert die Tuberkulose-Immunität und bespricht im Schlufsteil die soziale Bedeutung der lokalen Tuberkulinreaktionen.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Die percutane Entgiftung. Ein wirksames Heilverfahren gegen alle fieberhaften Krankheiten,** von F. Schürer v. Waldheim. (Spielhagen & Schurich, Wien und Leipzig 1908.) Das mit vieler Belesenheit verfafste Buch bezweckt, die Ansichten Jaegers und Lahmanns als wichtige Wahrheiten hinzustellen. Auf diese baut der Verfasser eine neue Lehre auf, deren Hauptpunkte sind: „Hautausdünstung und Schweifs des gesunden Menschen enthalten Endprodukte des Stoffwechsels, deren Zurückhaltung im Körper zur Selbstvergiftung führt; beim kranken Menschen enthalten Hautausdünstung und Schweifs viele, vielleicht alle chemischen Gifte, welche die Krankheiten hervorgerufen haben: so die Endprodukte des gestörten Stoffwechsels, Gifte, welche in der Nahrung oder als Medikamente dem Körper einverleibt wurden, und bei allen Infektionskrankheiten die Toxine und Alexine der eingedrungenen Mikroorganismen nebst den Enzymen der eigenen getöteten Leukocyten und Gewebszellen. Rege Hauttätigkeit ist daher für den Gesunden wichtig, Hauthyperämie und Schweifsbildung für den Kranken nötig. Schwitzen vermindert oder beseitigt jedes Fieber; es ist das beste Fiebermittel.

*Schourp-Danzig.*

**Medizinische Logik.** Kritik der ärztlichen Erkenntnis, von W. Bieganski. Autorisierte Übersetzung nach der zweiten Originalauflage von A. Fabian. (Curt Kabitzsch, Würzburg 1909.) In der Einleitung, welche zugleich eine Literaturübersicht enthält, legt der Verfasser dar, daſs die medizinische Logik eine philosophische Theorie der Medizin im weiten Sinne des Wortes ist, welche alle medizinischen Wissenschaften sowohl wie die Ausübung der Medizin umfaſst. In elf Abschnitten werden die Medizin und die medizinische Wissenschaft, die Beobachtung, die Anamnese, der Krankheitsbegriff, die Klassifikation der Krankheiten, die Erkennung der Krankheit, der Versuch in der Medizin, der theoretische Bau der medizinischen Wissenschaften, die Statistik, das Auffinden ärztlicher Indikationen und die therapeutische Erkenntnis behandelt; die Schreibweise des Verfassers ist unterhaltend und fesselnd trotz des häufigen Hinweises auf polnische Autoren und polnische Literatur, welche im allgemeinen wenig bekannt und nicht leicht zugänglich sein dürfte. *Schourp-Danzig.*

**Über den Ursprung des melanotischen Pigments der Haut und des Auges,** von E. Meirowsky - Cöln. (Werner Klinkhardt, Leipzig 1908.) In der vorliegenden Monographie bringt M. eine objektive Darstellung der bisherigen Anschauung und eine zusammenfassende Übersicht seiner eigenen Studien, deren Anfangsarbeiten in diesen *Monatsheften* erschienen sind.

Der erste Teil des Werkes behandelt die Frage nach dem Ursprung des Epidermis- und Cutispigments. In ihrer Beantwortung stellt M. sich entschieden auf die Seite derer, welche der Oberhaut die Fähigkeit zur Pigmentbildung zuerkennen, und zieht aus seinen Untersuchungen den Schluſs, daſs Epidermis- und Cutispigment unabhängig voneinander entstehen, und daſs auch die Cutismelanoblasten ebenso wie die Epidermismelanoblasten voneinander unabhängige Gebilde darstellen.

Der zweite Teil der Arbeit enthält Untersuchungen über die Muttersubstanzen des Pigments. M. zeigt, daſs der Pigmentbildung in allen Fällen ein Phänomen vorangeht welches in dem Austritt einer durch Pyronin rotgefärbten Kernsubstanz besteht; dieses Phänomen ist aber nicht ein für die Pigmentbildung spezifischer Prozeſs, sondern nur unter bestimmten Bedingungen die Vorstufe des Pigments. Damit aus ihr Pigment werde, muſs auch ein spezifisches Agens hinzukommen, nämlich Fermente mit oxydativen und eiweiſsspaltenden Eigenschaften.

Auf die Einzelheiten der Untersuchungen des Verfassers einzugehen, muſs der Referent sich versagen, weil sie sich nicht zu einem Referate eignen. Hervorzuheben ist noch die Beigabe von 7 Tafeln mit 321 farbigen Figuren. *Schourp-Danzig.*

**Klinische Studien über Vaccination und vaccinale Allergie,** von C. von Pirquet. Mit 49 Figuren im Text und einer farbigen Tafel. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1907.) Jahrelang hat Verfasser die zahlreichen Impfungen und Wiederimpfungen, die er an der Universitäts-Kinderklinik in Wien vorzunehmen Gelegenheit hatte, in der genauesten Weise beobachtet, täglich selbst die Impfstellen besichtigt, Form und Farbe der Reaktion notiert, die Impfstelle abgezeichnet oder mit dem Maſsstabe Länge und Breite der Papille und der sie umgebenden Rötung abgemessen. Dazu wurden laufende Temperaturmessungen, Harnuntersuchungen und Gewichtsprüfungen vorgenommen. An der Hand dieses Materials gibt er eingehende Einzelschilderungen, statistische Tafeln sowie vergleichende Allgemeinbetrachtungen über die einzelnen Phasen des klinischen Verlaufes der Impfreaktion, wobei er besonderes Gewicht auf die zeitlichen Verschiedenheiten und quantitativen sowie qualitativen Unterschiede zwischen Erst- und nachfolgenden Impfungen legt; denn er vermutet einen tiefen inneren Zusammenhang zwischen Reaktionszeit, Reaktionsgröſse und Entwicklung des Infektionserregers, den er an Successivimpfungen nach der Erstimpfung zu erkennen glaubt; eine groſse Versuchsreihe von Impfungen hat Verfasser

zu diesem Zwecke an sich selbst vorgenommen. Eine der wichtigsten Tatsachen, die er dabei konstatiert hat, ist die, dafs mehrfache Wiederimpfung in kurzen Intervallen nicht nur keine Unempfindlichkeit verleiht, sondern im Gegenteil zu einem Stadium der Überempfindlichkeit führt. Diese Umwandlung der Reaktionsfähigkeit des Organismus (die er Allergie nennt) ist nach den klinischen Beobachtungen der vaccinalen und revaccinalen Erscheinungen eine gesetzmäfsige. Als wissenschaftlich sichere Schlufsfolgerungen sieht er ferner die Erklärung der Frühreaktion an, die aus dem Zusammentritt von vorhandenen Antikörpern mit dem neuerlich eingebrachten Gifte entsteht. Ebenso sichergestellt ist die Analyse der Lokalsymptome in zwei Prozesse, das Wachstum des Infektionserregers und die Antikörperbildung des Organismus; und schliefslich die Erklärung der beschleunigten Areareaktion durch beschleunigte Antikörperbildung. An diese als sicher hingestellten Schlufsfolgerungen fügt er eine Anzahl solcher hypothetischer Natur. Die umfangreiche Arbeit zeugt von scharfer Beobachtung und klarer Schlufsfolgerung; dabei baut sie sich auf solch umfangreichem und gut durchgearbeitetem Material auf, dafs sie nicht verfehlen wird, das Interesse an der Vaccination, das im letzten Jahrzehnt gegenüber den grofsen Erfolgen in der Serologie in den Hintergrund getreten ist, in wissenschaftlichen Kreisen wieder aufleben zu lassen. *W. Lehmann-Stettin.*

---

# Mitteilungen aus der Literatur.

## Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

### d. *Prostata.*

**Einige mit Prostataerkrankungen zusammenhängende Probleme**, von Guthbert S. Wallace-Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* 1. Jan. 1909.) W. gibt in erster Linie eine anatomische und physiologische Beschreibung der Prostata und deren Zusammenhang mit Blase und Urethra; die Blase ist gleichsam aufgepropft auf die Basis der Prostata und die äufseren Längsfasern der Blase sind in letztere eingeschoben. Der prostatische Teil der Harnröhre stellt im wesentlichen einen Muskelschlauch dar. Bei Vergröfserung der Prostata wird gewöhnlich die Wand der Harnröhre sehr dünn, der Sphincter vesicae wird allmählich seitwärts gedrängt und der schliefsliche Effekt ist, dafs der Meatus internus nicht mehr von einem Muskelring umgeben ist und statt eines kleinen Grübchens die Form eines Trichters annimmt; die Harnröhre selbst wird aus einem schmalen, geraden Muskelkanal zu einem verdrehten, erweiterten Schlauch mit einer mehr weniger papulösen Öffnung. Was die chronische Prostatitis betrifft, so kann W. nach seiner eigenen Erfahrung nicht der oft geäufserten Ansicht zustimmen, als ob sie eine gar so häufige Erkrankung sei, möchte vielmehr viele Symptome, welche ihr zugeschrieben werden, für sexuell neurotischer Natur erklären. Die Frage, ob alle Formen gutartiger Prostatahypertrophie verschiedene Stadien ein und desselben pathologischen Prozesses seien, möchte W. auf Grund seiner histopathologischen Studien eher im positiven Sinne beantworten. Die Zeit, welche für die Operation bei einfacher Vergröfserung am geeignetsten scheint, definiert W. folgendermafsen: Ist ein Patient nahe der 70 alt, und hat er eine Zeitlang ausgesprochene Symptome gehabt, bildet die Prostata bei rektaler Untersuchung einen zweilappigen Vorsprung, ist nicht hart und bei bimanueller

Untersuchung ziemlich grofs, so ist Operation angezeigt. Andererseits nimmt er von derselben Abstand, wenn Patient erst um die 60 Jahre herum ist, erst kurze Zeit hindurch Symptome aufweist und die Prostata bei rektaler und bimanueller Untersuchung ziemlich klein ist; im allgemeinen ist die Prognose der Operation um so günstiger, je gröfser und mehr hervorragend die Prostata ist. Den oberen Blasenschnitt wählte W. zur Operation dann, wenn die Prostata grofs ist und vor allem in die Blase hineinragt; ist sie jedoch klein und erfordert sie vielleicht stückweise Entfernung, dann ist der perineale Weg vorzuziehen. Die Operation in zwei Zeiten dürfte vor allem dann in Betracht kommen, wenn der Urin zersetzt und alkalisch ist, Patient an septischer Resorption leidet usw. In jenen Fällen, wo Carcinomverdacht vorhanden ist, gibt die perineale Methode den Vorteil sofortiger mikroskopischer Untersuchung. Das Carcinom der Prostata ist für W. keineswegs eine seltene Erkrankung, es betrifft sicher 10% der Fälle von sogenannter Hypertrophie, welche mikroskopischer Untersuchung unterzogen werden. Folgende Tatsachen sprechen übrigens schon bei rektaler Untersuchung, die immer zuerst auszuführen ist, für Carcinom: sehr grofse (Stein-) Härte der Geschwulst, deutliche Verengerung der Harnröhre, kein Hineinragen der Geschwulst in die Blase, keine besondere Gröfse derselben und einheitliche Verwölbung im Mastdarm; kommen diese Erscheinungen bei einem Manne vor dem 65. Lebensjahre vor und datieren sie relativ kurze Zeit zurück, so ist die Diagnose noch sicherer. Hämaturie sollte nicht abgewartet werden und Schmerz ist, wenn vorhanden, aufserordentlich verdächtig, da er meist nur in Fällen, die aufser chirurgischer Hilfe stehen, vorkommt. W. beschreibt zwei Fälle von Carcinom ausführlicher, welche durch rechtzeitige Operation „beinahe" geheilt wurden und sich noch lange danach guter Gesundheit erfreuten. Eine Anzahl (acht) Abbildungen über makroskopischen und mikroskopischen Befund ergänzen die lesenswerte Arbeit, die eine Fülle praktischer Gesichtspunkte zur Erörterung bringt. *Stern-München.*

**Die Massage bei der Urinretention der Prostatiker,** von Reignier-Surgères. (*Gaz. d. hop.* 1909. Nr. 11.) Verfasser empfiehlt statt der Sonde eine tägliche Massage der Blase, welche bei exakter Ausführung ebenso gut eine Blasenentleerung hervorrufen soll. *Gunsett-Strafsburg.*

**Die Syphilis der Prostata.** (*Semaine méd.* 1909. Nr. 1.) Die gummöse Prostatitis kommt zwar selten vor, könnte aber leicht zu Verwechslung mit einfacher Hypertrophie und Carcinom führen. Von der ersteren unterscheidet sie sich durch ihre viel geringere Schmerzhaftigkeit sowohl bei der Miktion, als bei der Berührung, dem Katheterismus und der cystoskopischen Untersuchung. Auch fehlt die Polyurie und die nächtliche spontane Schmerzhaftigkeit. Gewöhnlich ist nur ein Lappen vergröfsert. Vom Carcinom unterscheidet sie das Fehlen von Hämaturie und die Abwesenheit der intensiven, nach dem Sacrum ausstrahlenden Schmerzen. *Gunsett-Strafsburg.*

**Beitrag zum Studium der partiellen Prostatektomie,** von Giovanni Cocci. (*Morgagni.* 1909. Nr. 1.) Der Verfasser will gegenüber der jetzt allgemein geübten totalen Prostatektomie eine Lanze für die partielle hypogastrische brechen. Er will sie besonders in Fällen von isolierter Hypertrophie des Mittellappens angewendet wissen. Er reseziert transvesikal ein keilförmiges Stück aus dem mittleren und den angrenzenden Teilen der Seitenlappen. Mitteilung von vier operierten Fällen.

*Gunsett-Strafsburg.*

### e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

**Neue Methode der quantitativen Bestimmung von Eiweifs im Harn,** von Edward H. Goodman und Suzanne Stern-Philadelphia. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 24.) Isuchiya hat im *Zentralbl. f. inn. Med.* 1908. S. 105 eine Modifikation

der Esbachschen Reaktion angegeben und dazu eine Lösung von Phosphorwolframsäure in 96%igem Alkohol und Salzsäure empfohlen. Die Verfasser setzen dieser Lösung Harn bis zur Trübung hinzu und erhalten dadurch — wie sie an Kontrolluntersuchungen zeigen — auf einfache und sichere Weise richtige Zahlen.

*Schourp-Danzig.*

**Einiges zur Esbachschen quantitativen Eiweifsbestimmung und über eine neue Kreatininverbindung,** von Ernst Mayerhofer-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 21. Jan. 1909.) Jeder menschliche Harn gibt mit dem Esbachschen Reagens nach einiger Zeit kristallinische Fällungen, die nach Jaffe zum gröfsten Teile aus einer Doppelverbindung zwischen Kreatininpikrat und Kaliumpikrat bestehen. M. hat nun den Harn mit Pikrinsäure (ca. 10 g pro Liter) bei Gegenwart starker Mineralsäuren gekocht und nach dem Erkalten glänzende Kristallflitter bekommen, die sich als eine neue Kreatininverbindung herausstellten, welche von ihm isoliert und auch synthetisch hergestellt werden konnte. *W. Lehmann-Stettin.*

**Phosphaturie,** von P. Heyn-Chemnitz. (*Reichs-Med.-Anz.* 1909. Nr. 3.) Übersichtsreferat der Literatur seit 1888. *Schourp-Danzig.*

**Eine neue einfache, quantitative Zuckerbestimmung mit dem „Glukosimeter",** von Js. Zeehandelaar Ibz-Amsterdam. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 3.) Dem hier beschriebenen Verfahren liegt die Moore Hellersche Probe zugrunde.

Dem zu untersuchenden Harne wird 20%iges Bleiacetat (4 : 1) zugesetzt. Hierdurch werden die verschiedenartigen Färbungen verschiedener Harne ausgeglichen. 10 ccm dieses Filtrates werden mit 5 ccm KOH versetzt und langsam mehrere Male durchgekocht, bis die Farbe nicht mehr nachdunkelt. Der in ein Röhrchen von 18 mm Durchmesser gefüllte abgeklärte Harn wird dann mit einer Standardskala verglichen. Die Differenzen mit dem Polarimeter sind höchstens 0,3%. Der Apparat (Glukosimeter) ist für Mk. 11.— vom Medizinischen Warenhaus, Berlin NW., zu beziehen.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Zur Geschichte des Schwarzwasserfiebers,** von William H. Denderick-Mariamen. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 4.) Historischer Rückblick auf die zuerst 1850 von Lebeau, Daullé und Leroy de Méricourt beschriebene Krankheit, ihre Darstellung in der Literatur und ihre therapeutische Beeinflussung durch Chinin.

*Schourp-Danzig.*

**Essentielle Hämaturie,** von Pincus-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 46.) Israel ist auf Grund verhältnismäfsig zahlreicher Beobachtungen zur Überzeugung gelangt, dafs der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle von sogenannter essentieller Hämaturie chronisch entzündliche Prozesse in den Nieren zugrunde liegen. Diese Auffassung wurde von zahlreichen Autoren akzeptiert, sie ist aber doch auch, besonders von Senator, bestritten worden. Die gröfste Schwierigkeit bereitet ihrer allgemeinen Anerkennung wohl die Tatsache, dafs es sich bei „essentieller" Hämaturie meist um einseitige Nierenblutungen handelt, während man entzündliche Nierenerkrankungen als doppelseitige anzusehen gewöhnt ist. Nun hat P. einen Fall beobachtet, der zeigt, dafs eine einseitige Nieren**blutung** nicht als Beweis für eine einseitige Nieren**erkrankung** aufgefafst werden darf. Es handelte sich um eine 32jährige Frau, bei der vor zwei Jahren wegen einseitiger Nierenblutung eine Nephrotomie mit sehr gutem Erfolge gemacht worden war; die operierte Niere hatte sich damals als intakt erwiesen. Im Anschlufs an eine Kontusion beider Nieren begann zwei Jahre später zuerst die rechte und nach einigen Tagen auch die linke Niere stark zu bluten, der Urin enthielt ½‰ Albumen und granulierte Cylinder; im Verlaufe von 4½ Monaten verschwand ganz langsam das Blut aus dem Harn, dagegen blieben dauernd Spuren von Eiweifs und granulierte Cylinder nachweisbar. Es lag

demnach eine aus beiden Nieren stammende **Massenblutung** infolge eines chronisch-entzündlichen Prozesses vor. Ein operativer Eingriff wurde nicht vorgenommen, weil die Blutungen bei konservativer Therapie zusehends nachliefsen; auch hydrotherapeutische Prozeduren sind nicht zur Anwendung gekommen. *Götz-München.*

---

## Blennorrhoe und Komplikationen.

**Gonokokkämie und Endocarditis maligna gonococcica während des Lebens diagnostiziert,** von Giovanni Marini. (*Morgagni.* 1909. Nr. 1.) Letal verlaufener Fall, bei dem zu Lebzeiten aus dem Blute der Gonococcus in Reinkultur gezüchtet werden konnte. Die Sektion ergab: Endocarditis verrucosa et ulcerosa valvulae semilunaris aortae mit Perforation derselben (mit Gonokokkennachweis). Myocarditis purulenta gonococcica. Periaortitis. Pleuritis serofibrinosa acuta bilateralis. Oedema pulmonis. Milztumor. *Gunsett-Strafsburg.*

**Beiträge zur Therapie der akuten und chronischen Urethralblennorrhoe,** von G. J. Müller-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 49.) Ein ideales Antiblennorrhoikum, d. h. ein Antiblennorrhoikum, das hohen Silbergehalt besitzt, leicht dissoziierbar ist und die Schleimhaut sehr wenig reizt, will M. im Argentumfluorid (Verbindung eines Atoms Fluor mit einem Atom Argentum) gefunden haben. Das Mittel wird bei akuter Blennorrhoe in Lösungen von 0,01 bis 0,05 : 100,0 verwendet; M. beginnt mit der schwächsten Lösung, von der er viermal täglich je zwei Spritzen von höchstens 6 ccm Inhalt für 2—2½ Minuten injizieren läfst; wenn keine Reizung auftritt, wird mit der Konzentration rasch gestiegen. Führen die Einspritzungen allein nicht zum Ziele, dann werden mit den gleichen Lösungen Janetsche Spülungen gemacht. Die Erfolge, die M. mit dem Mittel erzielte, waren sehr gute.

Zur Behandlung der chronischen Urethralblennorrhoe ersann M. ein Verfahren, das „mechanische Wirkungen mit der Möglichkeit der Applikation eines wirksamen Mittels in die Tiefe der Schleimhaut hinein vereinigt“. Die Arbeiten von Frankenhauser und Leduc haben gezeigt, dafs es möglich ist, durch den konstanten Strom Ionen wirksamer Sustanzen in die Tiefe der Gewebe hineinzubringen; das „Iontophorese“ genannte Verfahren beruht darauf, dafs aus Salzlösungen die positiv geladenen Jonen (Anionen) von der Kathode nach der Anode, die negativ geladenen (Kationen) von der Anode nach der Kathode wandern. M. versuchte nun, mit Hilfe des konstanten Stromes Silberionen in der Weise in die Tiefe der Urethralschleimhaut zu praktizieren, dafs er Sonden aus reinem Silber als Elektrolyte am positiven Pol verwendete. Diese elektrolytische Therapie, deren Technik im Original nachgelesen werden mufs, eignet sich nur für chronische Harnröhrenblennorrhoen, bei denen ausschliefslich die Schleimhaut erkrankt ist, also im wesentlichen nur für chronische Blennorrhoe der Pars anterior, nicht aber für die mit chronischer Prostatitis verbundene Blennorrhoe des hinteren Harnröhrenabschnittes. M. hat mit dieser Methode in einer Reihe von Fällen, die vorher erfolglos mit Dehnungen usw. behandelt worden waren, sehr befriedigende Resultate erzielt.

Ausführlichere Publikationen über das Verfahren behält M. sich vor.

*Götz-München.*

**Das Argyrol in der Behandlung der Blennorrhoe,** von J. de Sard. (*Presse méd.* 1909. Nr. 13.) Das Argyrol wurde von Barnes-Philadelphia entdeckt und ist ein organisches Silbersalz (Silbervitellinat). Es koaguliert das Eiweifs nicht, ist nicht kaustisch und hat sogar eine analysierende Wirkung. Bei Blennorrhoe ganz im Beginn wird es zu Janetschen Spülungen in 1%iger Lösung ein- bis zweimal täglich angewandt. Dauer ein bis drei Wochen. Bei akuter Blennorrhoe wird eine ½%ige

**Lösung anfangs nur in die Urethra, später auch in die Blase injiziert. Dauer 13 bis 40 Tage. Abklingende Fälle behandelt der Verfasser mit Einspritzungen einer 10%igen Lösung mittels kleiner Spritze. Prostatitis und Epididymitis sind keine Kontraindikationen für die Spülungen. Auf letztere wird eine 15%ige Argyrolsalbe appliziert.** *Gunsett-Straßburg.*

**Die Behandlung der Blennorrhoe mit Arhovin**, von L. Szamek-Baden. (*Med. Blätter.* 1909. Nr. 6.) Empfehlung der Arhovinkapseln und Arhovinstäbchen unter Hervorhebung des Fehlens jeder Nebenwirkung des Präparats. (Dieselbe Arbeit ist in Nr. 6, 1909, des *Med.-chir. Centralblattes* erschienen.) *Schourp-Danzig.*

**Über die Verwendung der Thyresoltabletten bei den blennorrhoischen Affektionen des weiblichen Urogenitaltraktus**, von Georg Jarrasch-Berlin. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1909. Nr. 9.) Nach seinen Beobachtungen glaubt J. das Thyresol besonders bei den akuten Blennorrhoen empfehlen zu können, bei denen eine lokale Behandlung nicht indiziert ist; die Vorteile des Produktes bestehen in der Entzündungshemmung, Sekretionsbeschränkung und Anregung der Peristaltik. *Schourp-Danzig.*

---

## Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

**Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Stoffwechsel**, von Bruno Bloch-Basel. (*Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderheilk.* Bd. II.) Der Verfasser hat sich zur Aufgabe gestellt, die Beziehungen der Stoffwechselstörungen zu bestimmten Hautkrankheiten, welche von früheren, besonders französischen und englischen Autoren als Ausdruck einer besonderen Krankheitsanlage, dem sog. Arthritismus, aufgefaßt wurden, im Lichte der neueren biologischen Anschauungen zu studieren.

Er unterscheidet: A. Stoffwechselstörungen als Folge von Hautkrankheiten, z. B. durch Bildung von Toxinen in der kranken Haut (Pemphigus, Pityriasis rubra Hebrae, Mykosis fungoides, Lichen ruber acuminatus usw.). Hierher gehört auch die Änderung in der Wärmeregulation und in der N-Ausscheidung bei universellen Hauterkrankungen (z. B. Schuppung oder Exsudation bei universellem Ekzem).

B. Hautkrankheiten als Folge von Stoffwechselstörungen, und zwar:

1. Alimentäre Dermatosen (Urticaria ex ingestis, Pellagra, Ergotismus und manche Kinderkrankheiten als Folge von schlechter Ernährung. Ferner beim Pferd Alopecia nach Kartoffel- und Kleiefütterung, beim Meerschweinchen nach ausschließlicher Maisernährung).

2. Autointoxikationsdermatosen, ein nichts weniger als sicher fundierter Begriff. Nur bei der enterogenen Cyanose sind im Blute tatsächlich abnorme Stoffe gefunden worden ($H_2S$ und Nitrite mit Sulfo- und Methämoglobinerzeugung). Bei allen übrigen als soeben bezeichneten Dermatosen, wie Prurigo, Ekzem u. a., kann ein direkter Zusammenhang nicht nachgewiesen werden.

3. Dermatosen bei Störungen im intermediären Stoffwechsel. a) Diabetes: Die Hautkrankheiten werden hier nicht direkt durch die Stoffwechselstörung erzeugt, sondern dem Diabetes ist nur die Umstimmung des Terrains zuzuschreiben, wobei dann ein exogener Faktor die Hauterkrankung erzeugt. Das Xanthoma diabeticorum ist die einzige für Dermatose spezifische Erkrankung (durch Cholesterinämie erzeugt), ferner die Xanthose, die parallel mit der Acetonausscheidung geht. b) Gicht: Echte gichtische Hauterkrankungen sind nur die Tophi und Pospelows blaue Flecken der Unterschenkel (mit Harnsäurekristallen in den Effloreszenzen). Bei allen übrigen (Gichtekzem, Nagelerkrankungen, urtikarielle Erkrankungen, Rosacea, Psoriasis) ist der Zusammenhang dunkel. c) Fettsucht (intertriginöse Prozesse, nur durch mechanische Momente bedingt). d) Leber- und Pankreaserkrankungen:

Aufser vom Ikterus, dem ikterischen Xanthom und dem Bronzediabetes ist nichts Sicheres bekannt. e) Bence-Jonessche Albumosurie: Bloch beschreibt einen Fall eigener Beobachtung, eigentümliche derbe Papeln am ganzen Körper, die an den Unterschenkeln in eine diffuse, aber scharf umschriebene Entzündung mit Schuppung und Atrophie übergehen und mikroskopisch am Bein genau den Bau von Tuberkeln, am Rumpf ein vollständiges Fehlen des elastischen Gewebes zeigen (toxische Schädigung der elastischen Fasern durch Albumose). f) Störungen im Mineralstoffwechsel: Vermehrte Kochsalzausscheidung bei Prurigo, Pemphigus, Psoriasis (Grosz), verminderter Kalkgehalt des Blutes mit Verzögerung der Gerinnung bei manchen Urticariafällen (Wright), Kalkablagerungen mit sklerodermieartigen Hautveränderungen bei Störung des Kalksoffwechsels (Lewandowsky, Reines usw.). Ferner Störungen des Salzstoffwechsels beim Kinderekzem.

4. Sekretionsdermatosen. Nebennieren mit Addison, Schilddrüse mit Myxödem, Sklerodermie bei Basedow, Akne und Chloasma durch Einwirkung der Geschlechtsdrüsen.

5. Exkretionsdermatosen. Albuminurische Dermatosen, wie Pruritus, Erytheme, Urticaria, Hämorrhagien, Gangräne.

Der Verfasser kommt zum Schlusse, dafs die Beziehungen zwischen Stoffwechsel und Dermatosen oft recht problematischer Natur sind, hofft aber, dafs, wenn die physiologische Betrachtungsweise in der Dermatologie mehr zu ihrem Rechte kommen und dabei die Forschungsmethoden verfeinert werden, sich manche neue Gebiete eröffnen und manche praktische Resultate erzielt werden können.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Coriumknötchen, hypodermatische Knötchen und Ulcerationen,** von Darier. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 48.) Kurze Beschreibung des makroskopischen Aussehens und der histologischen Struktur der Lupusknötchen und der syphilitischen Knötchen und Gummen nebst einigen Bemerkungen über Vorkommen und Wesen der Tuberkulide.

*Götz-München.*

**Ein Repetitionsvortrag,** von J. Hutchinson-London. (*Lancet.* 23. Jan. 1909.) Die vorliegende Mitteilung gibt im allgemeinen den Inhalt einer in der Polyklinik (dem Londoner Fortbildungsinstitut und nicht mit einer Poliklinik zu verwechseln) gehaltenen klinischen Demonstration. Bei einem Fall von ausgesprochener Akromegalie hat die Autopsie die Zerstörung der Hypophyse durch einen Tumor ergeben. Ein junger Mann ist unter dem Gebrauch von Chaulmoograöl so weit von seinen früheren ausgesprochenen leprösen Läsionen befreit, dafs er als Kommis fungieren kann. Alopecia areata ist nach H. viel häufiger als man glaubt eine Folge von Trichophyton tonsurans. Ferner werden Fälle von Xanthelasma, Xanthom usw. und die Frühdiagnose des Carcinoms besprochen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Experimentelle Untersuchungen über die Erzeugung atypischer Epithelwucherungen,** von H. Stoeber-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 3.) Nach dem Vorgang von Fischer und von Jores hat Verfasser Versuche angestellt, durch Injektion von verschiedenen Substanzen am Kaninchenohr Epithelwucherungen atypischer Art zu erzeugen. Er verwendete dazu Amidoazobenzol, Amidoazotoluol, Paratoluidin und namentlich das α-Naphthylamin. Andere Substanzen, wie Anilin und Orthotoluidin, erwiesen sich wegen ihrer giftigen Eigenschaften als unbrauchbar. Bei geeigneter Durchführung des Experimentes wurden in mehreren Fällen Epithelgebilde erzeugt, welche lebhaft an das Bild des Hautkrebses erinnerten. Allerdings hörte das Wachstum alsbald auf, wenn die injizierte Masse zur Resorption gelangt war. Diese Tumoren bieten eine gewisse Analogie mit den bei Fuchsinarbeitern beobachteten Blasengeschwülsten dar. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Kitzel- und Juckempfindungen,** von Sydney Alrutz-Upsala. (*Skandin. Arch. f. Physiol.* 1908. Bd. 20, S. 371.) Autor gibt folgende Zusammenfassung seiner interessanten experimentellen, die Literatur eingehend berücksichtigenden Arbeit: „Wir können sagen, dafs die Unabhängigkeit der Juckempfindung von dem Drucksinn und seinen Organen als bewiesen und die der Kitzelempfindung als so gut wie bewiesen angesehen werden kann. Von den vier Empfindungsarten, den Druck-, Kitzel-, Juck und Schmerzempfindungen, gehören also die drei letzten am engsten zusammen.

Innerhalb dieser letzteren Gruppe wieder stellen Kitzel und Jucken wahrscheinlich ein und dieselbe Empfindungsqualität dar und werden von denselben nervösen Organen ausgelöst; der Unterschied zwischen ihnen wird wahrscheinlich nur durch die verschiedene Reizungsweise bedingt. Die beiden Formen des Schmerzsinnes, die Stichempfindung (bei punktueller Reizung) und das „Brennen" (bei flächenförmiger) werden von einem und demselben Endorgan ausgelöst, das, allem nach zu urteilen, differenzierter ist als das Organ der Juck- und Kitzelempfindung."

*Arthur Schucht-Danzig.*

---

## Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

**Übersicht über die Radiotherapie,** von F. Nagelschmidt-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 48.) Es sei das Wesentlichste aus diesem relativ kurzen Vortrage mit Krankendemonstrationen angeführt. Bestrahlung der gesamten Körperoberfläche mittels einer kolossalen Bogenlampe von 150—200 Amp. in 1—2 m Distanz während ½—1 Stunde führt zu einer langdauernden, hochgradigen Hyperämie der Haut, welche den inneren Kreislauf entlastet. Indikationen: Arteriosklerose, Nierenerkrankungen, cardiales Asthma.

Vor der Vorbehandlung des Lupus mittels Röntgenstrahlen wird gewarnt, da der spätere Reiz der Finsenbehandlung zur Entstehung schwer heilbarer Röntgenulcera führen kann.

Mittels Chromoradiotherapie (Verwendung besonders gefärbter Kohlen und Farbstofflösungen glaubt N. bei kürzerer Belichtungsdauer der Finsenreaktion gleichende Resultate erzielt zu haben. Er empfiehlt dieselbe u. a. für Keratosen der Handflächen. Die Quarzlampe wurde bei Alopecia areata und Pityriasis rosea mit Erfolg angewendet. Eine kurze Besprechung der Erfolge mit Radium und Hochfrequenzströmen bilden den Schlufs. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Die Röntgenstrahlen im Dienste der Therapie,** von E. Müller-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 5.) Unter den Affektionen, welche durch Röntgenstrahlen geheilt oder zum mindesten gebessert werden können, selbst wenn andere therapeutische Mafsregeln versagen, gehört nach M.s praktischen Erfahrungen in erster Linie die Sykosis sowohl simplex als parasitaria; ferner sind zu nennen die Akne vulgaris, Follikulitis, Favus, Trichophytie, chronisches Ekzem und Psoriasis, Warzen, Lupus, Ulcus rodens und andere nicht ins dermatologische Gebiet fallende Affektionen wie Leukämie, Schilddrüsenvergröfserungen und Lymphosarkome. Einige die Technik betreffende Einzelheiten mögen im Original nachgesehen werden.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit der Kromayerschen Quarzlampe,** von Fr. Bering-Kiel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 2.) Nach den Erfahrungen B.s eignet sich die Kromayersche Quarzlampe in hervorragender Weise zur Behandlung von Hautkrankheiten; sie ist der Finsen-Reyn-Lampe vorzuziehen. B. empfiehlt ihre Anwendung bei Alopecia areata, Rosacea, Naevis teleangiectaticis, Epheliden, Trichophytia superficialis, Lupus erythematodes und besonders bei Lupus

vulgaris. Bei diesem ist eine Vorbehandlung mit 10—3 %igen Pyrogallolsalben in absteigender Konzentration vorteilhaft; es wird dadurch eine Abkürzung des Heilverfahrens und damit eine Verminderung der Kosten erreicht. In manchen Fällen von Lupus vulgaris ist auch Röntgenbestrahlung notwendig. *Götz-München.*

**Das Radium in der Chirurgie,** von F. Treves-London. (*Brit. med. Journ.* 6. Febr. 1909.) Der Vortrag enthält hauptsächlich Schilderungen von Fällen, welche T. in Paris in der Klinik von L. Wickham mit Radium behandeln sah. Er schildert Fälle von Naevus flammeus und pigmentosus, ein Angiom des Augenlides, ferner ein hühnereigroſses fibröses Angiom des Armes bei einem 12jährigen Knaben, welches in vier Wochen vollständig zur Auflösung gebracht wurde, ferner Keloid, Ulcus rodens und Epitheliom der Lippe und der Zunge. Verfasser teilt auch einige Anweisungen für die Anwendungsweise mit und macht einige Bemerkungen über die physikalischen Eigenschaften des Radiums. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Transplantation dermo-epidermischer Läppchen,** von Reclus, (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 45.) Klinischer Vortrag, in dem die Indikationen der Hauttransplantation überhaupt und die Technik der Transplantationen nach Thiersch beschrieben werden. Bei diesen muſs nach R.s Erfahrung jedes Läppchen dachziegelförmig 1—2 mm weit über den freien Rand des vorhergehenden Läppchens gelegt werden; wenn ein freier Zwischenraum bleibt, könnte durch das Wundsekret das Resultat beeinträchtigt werden. Bei sehr groſsen Defekten empfiehlt es sich, an einzelnen Stellen gestielte Hautlappen zu transplantieren und zwischen diesen mit Thierschschen Läppchen zu decken. *Götz-München.*

**Über regionäre Anästhesie bei Hauttransplantation,** von Gunnar Nyström. (*Centralbl. f. Chir.* 1909. Nr. 5.) Die Hautlappen werden dem Gebiet des N. cutaneus fem. lateralis entnommen. Derselbe läuft dicht neben der Innenseite der leicht zu palpierenden spina iliaca ant. sup. An dieser Stelle und dann unterhalb der spina in verschiedenen Tiefen, nicht in die Muskulatur, aber noch unter die fascia lata werden 4—5 ccm einer 1%igen Novokaïnlösung mit Adrenalin (fünf Tropfen Sol. Adrenal. 1 : 1000 zu je 10 ccm Novokaïnlösung) injiziert. Nach zehn Minuten ist der gröſste Teil der äuſseren Seite des Oberschenkels analgesiert. *Gunsett-Straſsburg.*

**Die Bier**sche **Stauung bei der Behandlung einiger Haut- und syphilitischer Erkrankungen,** von Pietro Stancanelli. (*Giorn. internat. d. sciene med.* 1909. Nr. 2.) Der Artikel enthält nur bekannte Dinge, wie z. B. Saugbehandlung von Furunkeln, Drüsen; Stauungsbinde bei blennorrhoischer Arthritis, gummösen Hautinfiltrationen und Ulcerationen usw. *Gunsett-Straſsburg.*

**Die Stauungsbehandlung akuter eitriger Infektionen,** von Ludwig Wrede-Königsberg i. Pr. (*Arch. f. klin. Chir.* 84. Bd.) W. berichtet von 227 Fällen, welche er mit der Stauungsbinde, und von 77 Fällen, welche er mit dem Saugglas behandelt hat. Er bestreitet nicht die gute Wirkung für viele Fälle, betont aber, daſs die Stauung unter gewissen Bedingungen, zumal bei schweren Erkrankungen, Schaden hervorrufen kann. Eine weitere groſse Gefahr der Staubehandlung sieht er darin, daſs sie in schweren Fällen die kostbare Zeit zu einem rettenden Eingriff versäumen läſst, und bringt Beispiele dafür, daſs es, bis man sich überzeugt hat, daſs die Stauungsbehandlung zu milde ist, zu spät sein kann. Die Besserung der subjektiven Beschwerden der Patienten kann ebenfalls Veranlassung zu unheilvoller Verzögerung notwendiger operativer Eingriffe führen, wie ein Otitisfall von Bier und ein Fall von Kniegelenkseiterung von Wrede zeigen. Dort wurde der Absceſs, hier die Perforationsphlegmone so verschleiert, daſs man sie zum Schaden des Kranken übersah. Im Falle Wredes kam noch die Verdunkelung des Krankheitsbildes durch Ödem hinzu. *Schourp-Danzig.*

**Über Kühlsalbengrundlagen, insbesondere über Eucerin als Salbengrundlage,** von v. BOLTENSTERN. (*Dtsch. Ärzte-Ztg.* 1908. Heft 10.) Eine Empfehlung des Eucerins. Dasselbe macht als Zusatz (1 : 1, 1 : 2, 1 : 3) andere Salben und Pasten zu Kühlsalben und Kühlpasten und übertrifft in dieser Eigenschaft alle anderen Coldcreams und Wollfettkühlsalben, da deren an und für sich unbeträchtlicher Wassergehalt bei Mischung mit Fettsalben und Pasten zu unbedeutend wird. Teer- und Ichthyolsalben sind mit Eucerinum anhydricum herzustellen.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Nochmals über stark wasseraufnahmefähige Vaselinsalben,** von F. BLATZ-Frankfurt a. M. (*Pharm. Zentralhalle.* 1908. Nr. 40.) Polemik, die Grundlagen für Kühlsalben Eucerin und Cetosan betreffend. Letzteres sei ebenso wie das von RUNGE empfohlene Eucerin eine solche ideale Grundlage. Mischungen von Eucerin mit 60—65 % Wasser scheinen noch haltbar zu sein. Dieses Verhältnis werde auch vom Cetosan erreicht, welches an sich schon 30 % Wasser enthalte und mit gleichen Teilen Wasser mischbar sei. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über praktisch-therapeutische Verwendbarkeit des Aristols. (Aristolöl und Aristolpaste.)** (*Die Heilkunde.* Februar 1908.) 5- und 10 %iges Aristolöl wird zu mannigfacher Verwendung auch in der Dermatologie empfohlen. Aristolpaste wird an Stelle von Airolpaste empfohlen wegen ihrer hautähnlichen Farbe. Ihre Zusammensetzung ist: Aristol 5,0; Mucilag. gumm. arab., Glycerini āā 10,0; Bolus alb. q. s. ut f. past. mollis. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Eine neue Methode der Quecksilberanwendung,** von R. KAUFMANN - Frankfurt a. M. (*Wien. med. Wochenschr.* 30. Jan. 1909.) K. hat mit rektalen Einspritzungen des von der Firma E. Merck in Darmstadt hergestellten kolloidalen Quecksilbers bisher zwölf Fälle frischer Syphilis behandelt und glaubt auf Grund der erhaltenen guten Resultate berechtigt zu sein, diese neue Methode den älteren Anwendungsformen des Hg gleichwertig an die Seite zu stellen. *W. Lehmann-Stettin.*

**Ein Fall von schwerer Hg-Intoxikation,** von STEIN-Görlitz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 49.) Bei einer 26jährigen, anämischen, nervösen Frau mit frischer Lues trat nach 24 Einreibungen von je 3 g Unguentum cinereum eine papulöse Dermatitis auf, die immer stärker wurde und zu enormer Schuppenauflagerung führte. Nach Beseitigung der Schuppen zeigte sich die Haut übersät mit kleinen strichförmigen Blutungen, daneben waren zahlreiche linsengroſse Bläschen mit hämorrhagischem Inhalt vorhanden, Lippen und Augen waren mit blutigen Krusten bedeckt. Die Temperatur stieg bis 39,8°, der Puls wurde klein und frequent, der Harn war eiweiſsfrei, aber sehr spärlich; zudem traten profuse blutige Diarrhöen und Bronchitis auf. Unter zunehmendem Kräfteverfall erfolgte 25 Tage nach Beginn der Erkrankung der Exitus. Bei der Sektion fanden sich an der Muskulatur des Stammes, am Endokard, in der Leber und in den Nieren punktförmige Blutungen und auf der Schleimhaut des Dünndarms hämorrhagische Bläschen.

Da die Intoxikation erst lange nach Beginn der Behandlung einsetzte, handelte es sich um eine erworbene Idiosynkrasie, deren Ursache wohl die vorhandene Anämie war. Der Fall beweist, daſs man bei anämischen Luetikern, bei denen die Anämie schon vor der Infektion bestand, also nicht durch diese verursacht ist und daher auch durch spezifische Behandlung nicht gebessert wird, mit der Darreichung von Quecksilber doppelt vorsichtig sein muſs. *Götz-München.*

**Merkurielle Stomatitis,** (*Gaz. d. hop.* 1909. Nr. 20.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Straſsburg.*

**Ein Fall von Amblyopie durch Quecksilberintoxikation,** von CORONAT. (*Lyon méd.* 1909. Nr. 4.) *Gunsett-Straſsburg.*

**Gibt es eine Amblyopie durch Quecksilberintoxikation?** (*Lyon méd.* 1909. Nr. 7.) Ein Arzt bekommt 1896 einen Augenlidschanker und behandelt sich zehn Jahre hindurch mit Pillen. 1905 bekommt er Amblyopie des linken Auges, der bald Sehnervenatrophie folgt. 1907 beginnen dieselben Symptome auf dem rechten Auge und nach fünf Atoxylinjektionen à 0,5 g tritt plötzlich vollständige Blindheit ein. Daneben traten in der Zwischenzeit oft Darmstörungen, Nierenkoliken und nervöse Störungen auf (Accomodationslähmung rechts, hemiplegische Symptome der linken Körperhälfte usw.) CORONAT faſst alle diese Erscheinungen als Quecksilberintoxikation auf, während der ungenannte Verfasser des zweiten Artikels dies bestreitet und sämtliche Symptome als syphilitisch oder parasyphilitisch erklärt.

*Gunsett-Straſsburg.*

---

## Traumatische Entzündungen.

**Gegen Zungenfissuren.** (*Gaz. d. hopit.* 1909. Nr. 8.)

*Acid. carbol.* 2,50
*Tinct. Jodi*
*Glycerini* aa 12,50

Mit Pinsel aufzutragen (aus den *Ann. de Thér. dermatol. et syphiligr.*)

*Gunsett-Straſsburg.*

**Behandlung von Pernionen mit Wasserstoffsuperoxyd,** von E. M. SYMPSON-Lincoln. (*Brit. med Journ.* 30. Jan. 1909.) Verfasser hat diese bereits von anderen empfohlene Methode mit gutem Erfolg gebraucht. Zu dem (10 Vol.) Superoxyd setzt man ein gleiches Quantum abgekochtes Wasser zu und läſst damit täglich zweimal 15—20 Minuten lang die affizierten Teile warm baden. Ist die Haut eingerissen oder ulceriert, so wird die Mischung verdünnt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Therapie der Verbrennungen,** von PELS-LEUSDEN-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 48.) Der Verfasser empfiehlt zur Bekämpfung der nach ausgedehnten Verbrennungen auftretenden Allgemeinerscheinungen intravenöse Injektionen von Digalen und Zuführung reichlicher Mengen rasch resorbierbarer Flüssigkeiten per os, per rectum und subcutan. Mit der Anwendung des permanenten Wasserbades soll man in den ersten Tagen sehr vorsichtig sein, weil es den bereits geschädigten Gefäſstonus noch mehr herabsetzt.

Die beste Lokalbehandlung ganz frischer Verbrennungen zweiten und dritten Grades ist die von TSCHMARKE angegebene; sie besteht in Abtragung der Blasen, sorgfältigster Desinfektion der verbrannten Partien mit Wasser und Seife, Alkohol und Sublimat und Anlegung eines trockenen, aus hydrophiler Watte bestehenden Verbandes. Die Desinfektion, die in der gleichen Weise ausgeführt wird wie vor einer aseptischen Operation, ist sehr schmerzhaft und kann daher nur unter Lokal- oder Lumbalanästhesie oder in Äthernarkose vorgenommen werden. So oft der Verband durchtränkt ist, wird er unter strengster Asepsis bis auf die der Wunde unmittelbar aufliegenden Gazekompressen entfernt und durch einen neuen ersetzt. Nach 10—14 Tagen lösen sich die Gazekompressen spontan ab, unter ihrem Schutze hat sich infolge der Abhaltung sekundärer Infektionen die Epidermisierung rasch und vollständig vollzogen, die Narben werden sehr schön und zeigen wenig Neigung zu Kontrakturen. In Fällen, in denen die TSCHMARKEsche Methode wegen der erforderlichen Anästhesierung oder Narkotisierung nicht anwendbar ist, sowie bei nicht mehr frischen Verbrennungen empfiehlt sich der Gebrauch der BARDELEBENschen Brandbinden. Bei den nach ausgedehnten Verbrennungen zurückbleibenden groſsen Geschwürsflächen

ist das permanente Wasserbad bis zur Reinigung der Wunden am Platze. Bei drohenden Gelenkkontrakturen macht der Verfasser frühzeitig Thiosinamin- (Fibrolysin-) Injektionen. *Götz-München.*

## Neurotische Entzündungen.

**Über Herpes zoster nach Beobachtungen auf der medizinischen Universitätsklinik in Zürich**, von A. Frisch. (Inaug.-Dissert. Zürich 1908.) Es wurden in Zürich seit 1884 46 Fälle von Herpes zoster beobachtet. Auf ein Jahr kamen durchschnittlich 1—3 Fälle. 1889 herrschte in Zürich eine kleine Epidemie. Die häufigsten Erkrankungen fielen auf die Monate November und Mai. 35 Fälle waren genuine Zosteren, 11 Fälle waren sekundärer Natur. Bei den beiden Formen waren Podrome am Orte des späteren Ausschlages ganz ebenso häufig als Störungen allgemeiner Natur. Bei den genuinen sowohl wie bei den sekundären Zosteren war die Mehrzahl der Fälle von Neuralgien begleitet, während Sensibilitätsstörungen anderer Art in der Minderzahl vertreten waren. Mehr als ²/₃ der Fälle waren in beiden Gruppen Interkostalzosteren; die Trigeminuszosteren kamen in zweiter Linie. Die linke Körperhälfte war in beiden Gruppen etwas öfter befallen als die rechte. Differenzen in Bezug auf das Geschlecht waren zu konstatieren. Unter 35 genuinen Zosteren waren 22, unter 11 sekundären 9, also im ganzen von 46 Fällen 31 Männer. Die verschiedensten Altersstufen bis zu 83 Jahren waren vertreten, das weibliche Geschlecht häufiger in den vorgerückten, das männliche in den jüngeren Jahren. Am häufigsten war das Alter von 17—25 Jahren vertreten. In zwei zur Sektion gekommenen Fällen fanden sich entzündliche Veränderungen in dem entsprechenden Spinalganglion. *Fritz Loeb-München.*

**Herpes des zweiten und dritten hinteren Cervicalwurzelgebiets mit konsekutiver Facialisparese**, von E. Weatherhead - Brighton. (*Brit. med. Journ.* 13. Febr. 1909). Ziemlich knapper Bericht über Herpes bei einem 50jährigen, im allgemeinen kränklichen Mann; die Facialisparese trat acht Tage nach Beginn der Herpesaffektion hervor. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Herpes zoster**, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 50.) Beschreibung des Herpes zoster, seiner klinischen Formen, der neueren Theorien über seine Pathogenese und der Therapie. *Götz-München.*

**Das Malum perforans pedis und seine Behandlung**, von M. Schmieder. (*Gaz. d. hop.* 1909. Nr. 7.) Verfasser glaubt an eine mechanische Entstehung des Malum perforans, dem immer ein Leichdorn und eine bursitis suppurativa vorausginge. Behandlung: Bettruhe, Ausspritzen des Ganges mit 2%iger Anioslösung und Einblasen von Aniospulver. Anios = Trioxychloromethylvanadium, das hervorragende keratoplastische Eigenschaften habe. *Gunsett-Straßburg.*

**Hepatischer Ursprung eines Falles von Duhring'scher Krankheit, Behandlung mit Natrium sulfuricum in kleinen Dosen**, von Bouveyron. (*Lyon méd.* 1908. Nr. 42.) Bei einer 55jährigen Frau, die seit Jahren an hypertrophischer Lebercirrhose alkoholischen Ursprungs, Ascites, alimentärer Glykosurie und chronischer Nephritis litt, konstatierte B. eine Dermatitis herpetiformis; er gab, nachdem andere Medikamente sich als wirkungslos erwiesen hatten, wegen der bestehenden Leberaffektion jeden zweiten Tag 5 g Natrium sulfuricum in Vichywasser und erzielte dadurch fast völliges Aufhören der Hauteruptionen und Verschwinden der durch diese bedingten nervösen kutanen Beschwerden. Nach dem Aussetzen des Mittels kam es zu verstärkter Blasenbildung mit all ihren Folgeerscheinungen, aber auch diesmal bewirkte Gebrauch von Natrium sulfuricum (dreimal täglich 1 g) fast völlige Heilung der Dermatitis. Als das Glaubersalz wieder weggelassen wurde, entstand

wieder ein Rezidiv, das durch Natrium sulfuricum ebenso prompt wieder beseitigt wurde. In der Folge, während das Glaubersalz weiter genommen wurde, zeigten sich nur mehr ab und zu spärliche Papeln oder kleine Blasen.

Aus dieser Beobachtung und aus theoretischen Erwägungen schliefst B., dafs die DUHRINGsche Krankheit oder wenigstens eine Gruppe von Fällen die Folge einer Autointoxikation ist, die auf einer primären Störung der Leberfunktion beruht.

*Götz-München.*

---

## Akute Exantheme.

**Scharlacherreger und seine Beziehungen zu den sog. Chlamydozoen,** von N. TH. GAMALEIA. (Russisch. Odessa 1908.) Die russisch abgefafste Arbeit gibt die Ergebnisse in deutscher Übersetzung:

1. Scharlach ist von einem höher organisierten Parasiten hervorgerufen, der typische und symmetrisch gebaute Kolonien bildet und von mir Synanthosoon scarlatinae genannt ist.

2. Als Bruchteile dieser Kolonien sind die Körperchen MALLORYS, die Chrysanthemen PROWAZEKS und meine Myosotisformen zu betrachten.

3. Der Scharlacherreger kann nicht nur in der Haut und im Pharynx, sondern auch im Blute und inneren Organen (Milz, Nieren) gefunden werden.

4. Die typische Gestaltung der Einschliefsungen bei jenen Krankheiten, die nach PROWAZEK von Chlamydozoen hervorgerufen werden, ist nach meinen Untersuchungen durch typische Kolonien der Parasiten bedingt, welche zu meiner Gruppe der Synanthozoen gehören.

5. Die vereinzelten Parasiten aber stellen sich als in kapsulierten Kugeln in Form der Vakuolen (? Ref.) mit gefärbtem oder ungefärbtem Inhalt dar.

P. S. Im Zweifel über die animale Natur meiner Mikrobien bin ich geneigt, die ganz indifferenten, von W. A. PASSECK vorgeschlagenen Namen zu adoptieren, nämlich: Gamalia scarlatinae — für den Scharlacherreger, Gamaliden — für die analogen Parasiten (gefunden bei Lyssa, Vaccine und Masern), Gamaliosen — für die betreffenden Krankheiten.

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Über die Ätiologie der Scarlatina. Ein Beitrag biologischer Untersuchungen zu ihrer Erforschung,** von SPIRO LIVIERATO. (*Annali dell' Istituto Maragliano.* 1908. S. 387.) Untersuchungen über Komplementablenkungen im Serum Scarlatinöser. Vollständige Hemmung der Hämolyse nur in den Reagensgläsern, in denen zum Serum Scarlatinöser als Antigen eine Emulsion von Streptokokkenkulturen zugesetzt war, hingegen Hämolyse, wenn eine Emulsion von anderen Mikroorganismen (Staphylococcus aureus, FRÄNKELscher Diplococcus, Bacillus typhi, Influenzabacillus) als Antigen fungierte.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Scharlach und Serumreaktion auf Syphilis,** von C. BRUCK und COHN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 51.) Es wurden 37 Seren von 28 Scharlachkranken in den verschiedensten Zeiträumen während und nach der Erkrankung untersucht, Die Prüfung wurde mit acht verschiedenen alkoholischen Extrakten aus luetischen Lebern und einem alkoholischen Extrakt aus Meerschweinchenherzen, welche an luetischen und normalen Seren geprüft und als brauchbar gefunden waren.

Die beigefügte Tabelle zeigt, „dafs die verschiedenen Extrakte sich in hohem Mafse verschieden verhalten in der Weise, dafs ein Scharlachserum mit einem Extrakt positiv reagiert, mit mehreren anderen aber nicht, während Luessera ausnahmslos mit allen reagieren. Dies scheint davon abhängig zu sein, wie dies auch HALBERSTÄDTER,

Müller und Reiche betonen, dafs ein Extrakt leichter mit Scharlachserum positiv reagiert als ein anderer . . . . .

Der Ausdruck, dafs die Syphilisreaktion bei Scharlach vorkomme, ist also irrig. Vielmehr ist das Verhalten so, dafs eine Zeitlang bei der Scharlacherkrankung Stoffe im Serum auftreten können, welche mit gewissen Substanzen in Organextrakten eine Komplementbindung verursachen. Diese letzteren müssen aber ganz andere sein als diejenigen, mit welchen die Luesreaktion erfolgt, da Extrakte, welche prompt auf Lues reagieren, sich Scharlach gegenüber völlig negativ verhalten, die letztere Reaktion vielmehr auf bestimmte einzelne Extrakte beschränkt ist.

Der Wert der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion für die Syphilisdiagnose wird durch die Scharlachbefunde also in keiner Weise gemindert, wie dies übrigens von allen Autoren und zuletzt von Much selbst zugegeben wurde."

*Arthur Schucht-Danzig.*

**Die Anginen bei Scarlatina**, von L. Babonneix und M. Brelet. (*Gaz. d. hop.* 1909. Nr. 18.) Umfangreiche Arbeit über die bei der Scarlatina vorkommenden Formen der Angina, ihre klinischen Erscheinungen, ihren Einflufs auf den Verlauf der Erkrankung, ihre Bakteriologie und ihren pathogenetischen Zusammenhang mit der Scarlatina. *Gunsett-Strafsburg.*

**Scharlachbaracken** (*Med. Blätter.* 23. Jan. 1909) sind im Wiener Gemeinderat beschlossen worden, um in Epidemiezeiten der Verpflichtung zur Unterbringung der Erkrankten gerecht werden zu können. *W. Lehmann-Stettin.*

**Über den Wert und die therapeutische Wirkung der verschiedenen Diätvorschriften bei der Scarlatina**, von C. Lian. (*Journ. de physiol. et de pathol. génér.* 1906.) Der Verfasser hat sich zur Aufgabe gemacht, die Eiweifs- und Chlorausscheidung sowie das Körpergewicht bei den verschiedenen Diätvorschriften der Scarlatina zu studieren. Er zog in Betracht die reine Milchdiät, die gewöhnliche, aber chlorfreie Diät, die chlorarme Diät (= gewöhnliche chlorfreie Diät mit 4 g Kochsalz), ferner die Normaldiät (= gewöhnliche chlorfreie Diät mit 8 g Kochszlz) und deren Kombinationen. Aus seinen Untersuchungen ergibt sich, dafs in der akuten Periode der Erkrankung sehr häufig eine Chlorretention des Körpers zu beobachten ist. Infolgedessen ist L. in jedem Falle für eine chlorarme Nahrung. Da ferner während der akuten Periode die Nierendurchlässigkeit vermindert ist, da ferner Fleischnahrung toxischer ist als Milch und da er den Körpergewichtsverlust bei Milchdiät und bei chlorfreier gewöhnlicher Diät gleich fand, so kommt er zu folgendem theoretisch begründetem Diätverfahren:

Im akuten, fieberhaften Stadium reine Milchdiät.

Vom Beginn der Entfieberung an:

1. Wenn der Urin kein Eiweifs enthält, kann man bei genauester Überwachung gewöhnliche Diät mit Normalchlorgehalt (s. o.) verschreiben. Vorsichtiger ist es, bis zum 25. Tage chlorfreie, dann chlorarme und zuletzt Normaldiät zu verordnen.

2. Bei geringem Eiweifsgehalt Milchdiät bis zum Verschwinden desselben, dann wie bei Nr. 1.

3. Bei der scarlatinösen Spätnephritis: wenn starke Ödeme vorhanden sind, reine Milchdiät während 24 Stunden, dann chlorfreie Diät. Sonst vollständige Milchdiät, an Stelle derer früher oder später, je nach dem Fall, chlorfreie Diät tritt.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Die Ernährung bei Masern und Scharlach der Kinder**, von P. Nobécourt und Merklen. (*Gaz. d. hop.* 1909. Nr. 20.) 1. Milchdiät. a) Bei Scharlach verhindert sie die Nephritis nicht, schont aber die Niere. Sie wird gewöhnlich 15 bis 20 Tage gegeben. Die Harnmenge wird nur wenig vermindert, die Chlorsalze werden

gut eliminiert, ohne dafs eine Chlorretention des Körpers mit späterer Krisis, d. h. plötzlich vermehrter Chlorabsonderung einträte. Auch die Harnsäureabsonderung ist konstant, ebenso wie das Körpergewicht nur wenig verringert wird. b) Bei den Masern finden sich gleiche Verhältnisse, aufser dafs die Harnsäureausscheidung nur anfangs konstant ist, dann sich sehr vermehrt und erst wieder nach dem 12. bis 16. Tage heruntergeht.

2. Chlorfreie Diät (vier Tage Gerstenschleim, dann dazu Reis, Kartoffeln, Zucker, Butter und am zehnten Tage Fleisch, aber alles ohne Salzzusatz). Bei a) Scharlach geht immer das Körpergewicht bis zum 12. bis 20. Tage sehr herunter. (Kehrt man nach der Entfieberung zur Milchdiät zurück, so geht das Körpergewicht sofort wieder in die Höhe.) Ebenso tritt eine Vermehrung der Urinmenge, eine Polyurie auf. Auch die Chlorausscheidung ist sehr unregelmäfsig, oft mit einer Krise vom vierten zum siebenten Tag. Die Harnsäureausscheidung ist die ersten vier Tage vermindert, bleibt dann konstant, um mit dem Übergang zur Fleischnahrung wieder zuzunehmen. Albuminurie ist viel häufiger als bei Milchdiät. b) Bei den Masern ist der Körpergewichtsverlust gröfser als bei Milch, die Chlorausscheidung und Urinmenge ist konstanter als bei der Scarlatina, hingegen ist die Harnsäureausscheidung viel stärker als bei Milchdiät.

3. Chlorhaltige Diät (vorige Diät + ein gewisses Quantum Salz, 5—10 g). a) Scarlatina. Bei dieser Diät tritt der Gewichtsverlust auch ein, aber später. Die Chlorkrisis ist vorhanden, auch Chlorretention anfangs. Urinmenge und Harnsäureausscheidung ist wie bei 2. Ebenso ist Albuminurie häufig. b) Bei den Masern tritt ebenso der Gewichtsverlust erst später ein, die Ausscheidung des Chlors und der Harnsäure sind nicht beeinflufst.

Deshalb empfiehlt sich bei Scarlatina: Absolute Milchdiät während der Fieberperiode, dann Milch mit Schleimsuppen, vom 15. bis 20. Tage an Fleisch, Kartoffeln, Früchte. Etwas Salz. Bei Masern anfangs Gerstenschleim mit 4 bis 5 g NaCl. Nach der Entfieberung Milch und Fleisch, Kartoffeln und Früchte. *Gunsett-Strafsburg.*

**Varicella und Henochsche Purpura,** von D. A. Alexander - Clifton. (*Brit. med. Journ.* 30. Jan. 1909.) Bericht über zwei Fälle (7jähriges Mädchen und $2^1/_2$jähriger Knabe), bei denen während des Ablaufs von Windpocken sich die Henochsche Purpura entwickelte. Genesung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Über das Verhalten der Bordetschen Reaktion bei Variola,** von Brintker-Cöln. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 48, Heft 4.) Nachdem die Bordetsche Reaktion — Nachweis von Antikörpern und das Verhalten der eigentlichen Infektionsstoffe als Antigene gegenüber den Antikörpern — zur Diagnose verschiedener Infektionskrankheiten mit Erfolg benutzt worden ist, nahm B. die Gelegenheit, diesen Fragen bei Blattern näher zu treten, wahr, als im Juni 1908 in Cöln einige Pockenfälle vorkamen. Kurz zusammengefafst sind die Ergebnisse dieser Versuche, dafs die Kuhpockenlymphe sich wie ein Antigen verhält, und zwar sowohl gegen das Serum eines mit Pockenorganextrakt immunisierten Kaninchens als auch gegen menschliches Serum nach Infektion mit Variola. Da die Kontrollen mit Normalserum stets negativ waren, wäre, schliefst B., zu versuchen, ob die Methode der Komplementbindung nicht auch als differentialdiagnostisches Mittel bei pockenverdächtigen Fällen (z. B. bei Windpocken eines Erwachsenen) angewandt werden könnte, zumal da die Lymphe weit leichter als Organextrakt zu beschaffen sei. *Stern-München.*

**Quarantäne bei Pocken,** von H. M. Bracken-Minneapolis. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 51, Nr. 25.) Die Frage nach der Notwendigkeit der Quarantäne bei Pocken wird vom Verfasser verneint. Die beste Vorsichtsmafsregel ist die Zwangsimpfung.

Auf Rat des Verfassers wurde die Quarantäne in Minnesota behördlich abgeschafft und dafür die ärztliche Anzeigepflicht, die Isolierung der Erkrankten und die Schliefsung der Schulen bezw. die Ausschliefsung ungeimpfter Kinder vom Unterricht eingeführt.
*Schourp-Danzig.*

---

## Chronische Infektionskrankheiten.

### a. *Lepra.*

**Ein irreführender Fall von Lepra,** von Charles J. White und Oscar Richardson-Boston. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 1.) Bei einem 19jährigen, sonst gesunden Mädchen wurde ein Erythema multiforme diagnostiziert. Sehr bald entwickelten sich aber bei allgemeiner Drüsenschwellung an den Unterschenkeln Ulcerationen, welche für Syphilis gehalten wurden. Unter Quecksilberinjektionen heilten diese mit Zurücklassung sehr stark pigmentierter Narben. Bei mikroskopischer Untersuchung dieses Narbengewebes fanden sich in einigen Schnitten säurefeste Bazillen. Erich Hoffmann, Bertarelli, Pizzini, Veiel u. a. untersuchten den Fall gelegentlich ihrer Anwesenheit in Boston und stimmten der Diagnose Syphilis bei, welche möglicherweise mit Tuberkulose oder Tuberkuliden verbunden sein könnte. Die Probeinjektion von Tuberkulin zeigte negativen Ausfall. Einige Monate später aber zeigten sich stecknadelkopfgrofse Knötchen am Nasenseptum; in ihnen wurden typische Leprabazillen gefunden. *Schourp-Danzig.*

**Über die Anwesenheit spezifischer Antikörper im Serum von Leprakranken.** Vorläufige Mitteilung von A. Slatinéanu und D. Danielopolu-Bukarest. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 48, Heft 4.) Verfasser hatten 26 Fälle von Lepra zu ihrer Verfügung und stellten mit deren Serum Untersuchungen über die Alexinefixation an. Von diesen 26 Serumarten haben 20 eine vollständige Alexinefixation ergeben und eine leichtere, aber ziemlich ausgesprochene, um noch als positiv zu gelten, das Serum von vier weiteren Fällen. Kurz, in 95% der Leprafälle haben Verfasser im Blutserum Antikörper (Alexin fixierende) gefunden. Die Intensität dieser Eigenschaft des Serums war bei den verschiedenen Kranken eine in beschränkten Grenzen wechselnde. Das Antigen, welches S. und D. bei ihren Versuchen angewendet haben, wurde mit Lepromen, die aseptisch exstirpiert und dann durch die Untersuchung auf Leprabazillen kontrolliert wurden, dargestellt; als Alexine haben sie sich des normalen Meerschweinchenserums bedient. Tabellarische Übersicht der 70 Untersuchungen je nach Menge des Antigens und Alexine und der erzielten Resultate. *Stern-München.*

### b. *Tuberkulose.*

**Diagnostischer Wert der Haut- und Ophthalmoreaktion der Tuberkulinprobe,** von William Engelbach und J. W. Shankland-St. Louis. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 1.) Literaturübersicht und Statistik über eigene Beobachtungen. Bemerkenswert ist die Mitteilung, dafs von 52 zur Autopsie gekommenen Patienten 26 positiv und 26 negativ reagierten; darunter war ein Fall, der auf die Hautimpfung positiv und auf die Augenimpfung negativ reagierte. Die Verfasser messen der Reaktion einen prognostischen Wert nicht zu und erkennen die Spezifizität der Reaktion für die Diagnose nicht an. *Schourp-Danzig.*

---

# Verschiedenes.

**Darf der Arzt der vom Ehemann mit Lues infizierten Frau die Natur ihres Leidens verschweigen?** von Fritz Schlesinger-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) Der von Macry (s. S. 292) aufgestellten Forderung, dafs eine durch ihren Mann syphilitisch infizierte Frau in jedem Falle von dem zuerst behandelnden Arzte über die Natur ihres Leidens aufgeklärt werden solle, tritt S. entschieden entgegen. Seiner Ansicht nach würde dadurch nichts genützt; nach wie vor würde manche tertiäre Syphilis vom Arzte verkannt werden, und die Patientinnen würden in sehr vielen Fällen trotz der ihnen gegebenen Aufklärung die syphilitische Infektion verschweigen oder für belanglos halten. Andererseits aber könnte durch das von Marcy empfohlene Verhalten schwerer Schaden angerichtet werden, insbesondere würden die Ehemänner syphilitisch infizierte Frauen nicht mehr den Ärzten zur Behandlung zuführen. *Götz-München.*

**Röntgenstrahlenmessung in der Praxis,** von Felix Davidsohn-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 5.) Die Quantität der Röntgendosis mifst D. mit dem Schwarzschen Fällungsradiometer (Kalmelogen) oder, wo das Resultat fixiert werden soll, mit Quantimeterstreifen, die Qualität mit dem Beezschen Härtemesser. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Über sexuelle Aufklärung,** von Max Nath - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 52.) Autor, ein Pädagoge, glaubt, dafs die Möglichkeit überschätzt werde, durch klare Vorstellungen das Triebleben zu ordnen und zu bestimmen. Er schliefst sich der Ansicht Thalhofers an: Mit Unrecht glaubt man, durch rücksichtslose und weitgehende Offenheit die Phantasietätigkeit auf dem sexuellen Gebiete hemmen zu können. Dagegen werde die Ausbildung des Gefühlslebens und einer freieren, höheren Gefühlswelt vernachlässigt. Endlich fänden die religiös-ethischen Momente nicht volle Würdigung. *Arthur Schucht-Danzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. №. 10. 15. Mai 1909.

## Zur Behandlung des Lupus vulgaris.

Von

Professor C. Boeck-Christiania.

Eine auch in der Privatpraxis leicht ausführbare, wenig schmerzhafte, für den Patienten verhältnismäfsig bequeme und wenig zeitraubende Behandlung des Lupus vulgaris, welche ohne Aufwand eines besonderen Apparates überall und von jedem praktischen Arzt durchgeführt werden könnte, wäre es ja sehr wünschenswert zu besitzen.

Während der letzten zwei Jahre bin ich eben bemüht gewesen eine solche einfache und doch hinlänglich wirksame Lupusbehandlung auszubilden, die auch solchen Kranken zugute kommen könne, welche nicht imstande sind ihre Heimat zu verlassen, um Hospitäler oder besondere Lupusheilstätten aufzusuchen.

Früher wendete ich gegen Hautlupus gewöhnlich Pyrogallussalbe (10—15%) und Pyrogalluspflaster (15—20%) an, und zwar mit grofsem Erfolg selbst in den schwersten Fällen. Aber diese Behandlung war ziemlich schmerzhaft, wenig sauber und konnte in den schwereren Fällen meistens nur im Hospital durchgeführt werden. Aufserdem liefs die Einwirkung der Salbe sich nicht immer scharf genug begrenzen, während das Pflaster nicht überall hinlänglich genau und fest sich adaptieren liefs. Auf den Augenlidern zum Beispiel pafste weder die eine noch die andere dieser Applikationsformen, und bei Lupus der Nase oder der Genitalien ist jedenfalls das Pflaster schwierig verwendbar.

Dagegen habe ich mittels der Anwendung von mucilaginösen Mischungen, die so eingerichtet waren, dafs sie schnell eintrockneten, beinahe alles, was man in den genannten Beziehungen wünschen konnte, erreicht, und dies sowohl in den leichten wie in den schweren und sehr stark verbreiteten Fällen, wo z. B. weder die Exzisionsmethode noch die Lichtbehandlung mehr verwendbar gewesen wären.

Diese Mischungen lassen sich überall auf der Haut bequem anwenden, sogar auf den Augenlidern. Die Behandlung ist aufserdem, wenn sie,

wie unten beschrieben, durchgeführt wird, schmerzlos zu nennen, ist viel sauberer wie Salben- und Pflasterbehandlung und erlaubt dabei in sehr vielen Fällen dem Kranken seinen täglichen Beschäftigungen nachzugehen. Eine Hausfrau z. B. kann in der Regel, wenn die Krankheit nicht allzu sehr verbreitet ist, ihr Haus unbehindert besorgen.

Als mucilaginöse Grundlage habe ich mit verschiedenen Stoffen experimentiert, aber als solche wende ich jetzt ausschliefslich das Gelanth an, weil die Mischung sich dann sehr lange brauchbar hält.

Die am meisten angewendete Formel war die folgende:

℞ *Pyrogalloli*
*Resorcini*
*Acid. salicylici* āā 7,00
*Gelanthi*
*Talci pulv.* āā 5,00
M. f. *Pasta mollis.*

Diese Mischung wird nun mittels eines dünnen, nach Umständen ganz kleinen oder breiten Holzspatels genau auf den angegriffenen Hautpartien dick aufgetragen und wird dann sofort mit einer äufserst dünnen, ganz durchsichtigen Schicht von Watte bedeckt. Je dünner die Watte aufgelegt wird, um desto hübscher und mehr angenehm für den Patienten fällt die ganze Behandlung aus. Die Mischung trocknet in dieser Weise schnell ein und kann jetzt ohne irgendeine andere Bandagierung, nach Umständen einige Tage, eine Woche oder wenn man will, mehrere Wochen liegen bleiben. In den meisten Fällen lasse ich es wenigstens eine Woche unberührt. Besonders während den ersten Tagen sickert ab und zu eine spärliche, dünne Flüssigkeit unter dem Rand der Decke hervor, welche dann weggewischt wird. Nach und nach wird jedoch diese Sekretion sehr sparsam und versiegt am Ende ganz. Die Destruktion der Lupusherde geschieht in dieser Weise ganz unvermerkt und vollständig schmerzlos, vorausgesetzt, dafs keine offenen wunden Stellen schon vor der Applikation des Mittels vorhanden waren. Aber auch in diesem Falle kann beinahe jedem Schmerz vorgebeugt werden, wenn man, ehe die mucilaginöse Mischung angebracht wird, die wunden offenen Stellen zuerst einige Minuten mit einer 5 %igen Lösung von Novokain benetzt und sie dann mit einer dicken Schicht von Anästhesin, unter dem Ätzmittel, bedeckt. Man kann ja auch, wenn man will, eventuell vorhandene offene Stellen zuerst unter 1 %igen Lapisumschlägen überhäuten lassen.

In der Regel wird ja eine wiederholte Anbringung des Mittels nötig sein, und nach etwa einer Woche wird somit die erste Applikation mittels einer gut macerierenden Salbe — z. B. Unguentum Vaselini plumbicum — erweicht und entfernt. Gewöhnlich lasse ich dann, ehe nochmals die



elektiv ätzende Mischung angebracht wird, die jetzt angeätzte offene Wundfläche ungefähr eine Woche unter der Bleisalbe granulieren. Aber hierbei ist es ganz nötig, um Schmerzen vorzubeugen, jedesmal, wenn man während den ersten Tagen die Bleisalbe wechselt, die Wundfläche mit einer **dicken** Schicht von Anästhesin zu bedecken. Die Applikation der Bleisalbe wäre sonst mit Schmerzen verbunden.

Ein grofser Vorteil dieser Methode, im Vergleich mit der Salben- und Pflasterbehandlung, ist es ebenfalls, dafs das Allgemeinbefinden des Kranken durch die Behandlung wenig oder beinahe gar nicht angegriffen wird. Infolgedessen kann auch sehr schwachen Patienten, die sonst überhaupt kaum mit chemischen Mitteln behandelt werden könnten, geholfen werden, und es ist aus demselben Grunde auch möglich, auf einmal ziemlich grofse Flächen in Angriff zu nehmen, um mit der Behandlung verhältnismäfsig schnell weiter zu kommen.

Auch jede schmerzhafte Vorbehandlung, z. B. mit scharfem Löffel und Lapis en crayon, habe ich, dank dieser Methode, abschaffen können, was ja Kindern und überhaupt instrumentscheuen Individuen gegenüber von nicht geringer Bedeutung ist. Erstens zögern sie dann nicht so lange damit, sich an den Arzt zu wenden, und zweitens kommt man dann viel leichter, selbst in der Privatpraxis, mit der Behandlung weiter.

Auch Fälle von ulcerierenden Skrophulodermen habe ich mit grofsem Vorteil mittels dieser Methode behandelt und konnte dabei ebenfalls jede instrumentelle Behandlung entbehren.

Das einzige, was nach meinen bisherigen Erfahrungen gegen diese Methode angeführt werden könnte, wäre denn, dafs sie vielleicht nicht immer ganz so tief wirkt, wie eine kräftige Pyrogallussalbe. Aber in solchem Falle kann man auf besonders verdächtigen Stellen mit einer Applikation von Pyrogallussalbe nachbehandeln, was nun nicht mehr so schmerzhaft und angreifend sein wird, besonders wenn auch die genannten lokal-anästhesierenden Mittel angewendet werden. Für denselben Zweck würde ja speziell auch die Lichtbehandlung von Finsen, wenn sie zur Hand ist, sehr nützlich sein können, und in einigen Fällen wohl auch die Röntgenstrahlen.

Immerhin mufs ich, was für Mittel man auch in Anwendung zieht, mich denjenigen Autoren vollständig anschliefsen, die stark hervorheben, dafs eine Lupusbehandlung nie nur darauf hinzielen darf, die Krankheit nur zeitweilig zu bessern, sondern das Ziel mufs immer die vollständige Ausrottung der Krankheit sein. Weiter meine ich mit Rücksicht auf die Tragweite der Behandlung mit den chemischen Mitteln behaupten zu können, dafs es kaum einen so verbreiteten Fall von Lupus vulgaris gibt — wäre er auch universell — dafs er nicht mit den

chemischen elektiven Mitteln geheilt werden kann, vorausgesetzt, daſs keine speziellen Organerkrankungen oder eine allgemeine Schwäche des betreffenden Kranken im Wege steht. Rezidive können sich allerdings manchmal einstellen. Aber nach einer kräftigen energischen Behandlung sind sie immer mehr begrenzt, und bei hinlänglicher Ausdauer des Patienten wird es immer möglich sein, die Heilung zu erreichen. Eben den sehr verbreiteten Fällen gegenüber sind ja nämlich die chemischen Mittel viel mächtiger als die physikalischen Methoden, so vorzügliche Resultate die letztgenannten in den mehr begrenzten Fällen geben können, wo speziell auch die Exzisionen ja manchmal mit groſsem Vorteil ausgeführt werden können.

Für die Behandlung des Lupus der Schleimhäute ist die oben angegebene Methode im allgemeinen nicht geeignet, aber hier auch nicht notwendig. Beim Lupus der Nasengänge muſs ich nämlich immer die Pyrogallussalbe (10—15 %) als die unbedingt am meisten praktische ansehen, und den Lupus der Mundhöhle und des Schlundes habe ich während den letzten 14 Jahren mit den besten Resultaten ganz einfach mit mucilaginösen Resorcinmischungen behandelt. Ich habe etwa folgende Formel angewendet:

℞ *Resorcini*
*Talci pulv.* āā 20,00
*Mucilaginis gummi arabici* 10,00
*Balsami peruviani* 5,00
M. d. Zum Einpinseln 6—8 mal täglich.

Da ja das Resorcin nicht absolut ungiftig ist, darf natürlich nicht allzu viel dieser Mischung niedergeschluckt werden. — Wenn gleichzeitig ein Lupus laryngis vorhanden war, ist auch dieser merkwürdigerweise in der Regel zu gleicher Zeit nach und nach geschwunden, ohne daſs eine spezielle Bepinselung der Larynx vorgenommen wurde. Ich habe dies so oft gesehen, daſs ich nicht daran zweifeln kann, daſs auch andererseits dieselbe Erfahrung gemacht werden wird.

Auch bei den tiefgreifenden fixen Fällen von Lupus erythematodes discoides wird die oben beschriebene Behandlung gewiſs mit Vorteil angewendet werden können.

Im allgemeinen muſs ich schlieſslich sagen, daſs in meiner Praxis wenigstens die Einführung dieser Methode für die Behandlung des Hautlupus ein groſser Fortschritt und eine groſse Erleichterung gewesen ist.

---

# Über weiche Naevi.

Von

Dr. JOHANNES FICK-Wien.

(Fortsetzung und Schlufs.)

Die Befunde im Gebiet des Corium beim Naevus sind nicht weniger interessant als die in der Epidermis. Bei ihrer Beurteilung gehen die Ansichten der Untersucher noch sehr auseinander. Ist die Entstehung der Naevuszellen, wenn man sich im wesentlichen Moment UNNAS Auffassung anschliefst, doch schon als einigermafsen klargestellt anzusehen, so fehlt noch sehr viel bis zu einer einheitlichen Auffassung, wenn man nun das weitere Schicksal der ins Corium gelangten Naevuszelle betrachtet. Wie allgemein bekannt, präsentieren sich die Naevuszellen im Corium nicht immer in genau der gleichen Gestalt, es zeigen sich vielmehr in ziemlich weiten Grenzen sich bewegende Varietäten in bezug auf die grobanatomische Anordnung der Zellen. Aufserdem ist aber insbesondere auch das Aussehen der einzelnen Zellen in den verschiedenen Naevusexemplaren und auch in den verschiedenen Partien ein und desselben Tumors ein ziemlich mannigfaltiges. Man findet, wenn man als Typus der Naevuszelle die helle „epitheloide" Zelle mit dem hellen, bläschenförmigen Kern von rundlicher Form ansieht, in zahlreichen Naevis auch Zellen, die kleiner, mehr spindelförmig sind und einen sich dunkler färbenden und weniger ausgesprochen bläschenförmigen Kern enthalten. Ihre Identität mit den typischen Naevuszellen bezüglich der Genese dokumentieren diese dunkleren Elemente durch ihre Anordnung sowie auch dadurch, dafs von der typischen Naevuszelle zu der dunkleren Zelle alle wünschenswerten Übergangsformen zur Beobachtung gelangen. Es kann als Regel angesehen werden, dafs, wenn in ein und demselben Naevus beide Zellformen vorhanden sind, die hellen in den oberflächlichen, die kleineren und dunkleren in den tieferen Partien sich finden. Manchmal findet man in einem Naevus aber nur eine dieser Zellformen, in einem Falle die erstere, in einem anderen die letztere. Die kleinere, dunklere Naevuszelle sieht gewöhnlichen fixen Bindegewebszellen schon recht ähnlich, doch ist in der Regel eine solche Naevuszelle von daneben befindlichen Bindegewebszellen immerhin noch ohne Schwierigkeit zu unterscheiden. In manchen Fällen gestalten sich nun diese klaren Verhältnisse recht kompliziert, dann nämlich, wenn man in den tieferen Coriumpartien Zellanhäufungen findet, die sich

aus kleinen, schmalen, spindeligen, manchmal auch rundlichen Elementen mit stark färbbarem Kern zusammensetzen. Hier unterscheiden sich die Zellen von gewöhnlichen Bindegewebszellen gar nicht. Verfolgt man die Zellzüge in der Richtung nach der Epidermis hin, so sieht man, daſs die Zellen allmählich gröſser werden, und bei weiterem Verschieben des Präparates gelangt man dann in das Gebiet, wo typische helle Naevuszellen vorhanden sind. Es gibt aber auch Fälle, wo letztere nicht mehr nachweisbar sind, und das mikroskopische Bild entspricht dann dem eines zellreichen Fibroms, sofern man sich an das Aussehen der Zellen hält und von jeder komplizierten Deutung des Befundes absieht. Auf das Zustandekommen solcher Naevi kommen wir noch zu sprechen. Sie sind sehr wichtig, weil sie, die epitheliale Genese der Naevuszellen angenommen, auf die Variabilität epithelialer Zellen ein bedeutsames Licht werfen. Sieht man in den Naevuszellen Abkömmlinge bindegewebiger Elemente, erklären sich die letztbesprochenen Befunde ziemlich leicht, und nicht zum wenigsten solche Bilder sind es, die gegen die Lehre von der epithelialen Genese verwertet wurden und werden. Bei denjenigen Naevis, bei welchen solche gewöhnlichen Bindegewebszellen ähnliche Elemente prävalieren oder ausschlieſslich vorhanden sind und bei denen die Vorgänge an der Epidermis, von welchen oben die Rede war, nur noch an vereinzelten Stellen oder auch gar nicht mehr anzutreffen sind, so vielmehr, was häufig ist, die Epidermis verdünnt erscheint, kurz bei Naevis, bei denen das Wachstum durch Zuwachs von der Epidermis her abgeschlossen ist, liegt es auch viel näher, an eine bindegewebige Geschwulst zu denken und dann diejenigen Fälle, bei denen typische Naevuszellen vorhanden sind, in der Weise zu erklären, daſs man in den typischen Naevuszellen junge, nicht zu voller Entwicklung gelangte Bindegewebszellen sieht. So faſst in neuerer Zeit (1903) RIECKE in Übereinstimmung mit RIEHL die Naevuszellen auf. Das verschiedene Aussehen der Naevuszellen, verbunden mit dem Umstand, daſs in manchen Fällen die Entstehung der Naevuszellen aus dem Epithel nicht ohne weiteres nachgewiesen werden kann, während sie in anderen nicht von der Hand zu weisen ist, hat nun mehrere Autoren, wie z. B. JOSEPH, MÖLLER, WIETING und HAMDI u. a., dazu geführt, einen vermittelnden Standpunkt einzunehmen. JOSEPH zieht zur Motivierung seiner Ansicht den Fall von LÖWENBACH heran und meint auch, in einer Anzahl der als Melanosarkome aufgefaſsten Tumoren sei die Sarkomnatur der betreffenden Geschwülste sichergestellt. Andere Autoren nehmen einen vermittelnden Standpunkt ein, weil sie meinen, wenn verschiedene kompetente Forscher zu verschiedenen Resultaten kommen, das Recht auf beiden Seiten sein müsse. Mir erscheint ein vermittelnder Standpunkt deshalb nicht annehmbar, weil ja die verschiedenen Typen der Naevuszellen auch nebeneinander in ein und demselben Naevus vorkommen.

Wenn man in solchen Fällen nicht eine Mischgeschwulst in dem Sinne annehmen will, dafs man sich vorstellt, von der Epidermis her seien epitheliale Zellen ins Corium gewachsen und ihnen entgegen von unten her Bindegewebszellen, eine Annahme, die in Anbetracht der fliefsenden unmerklichen Übergangsformen zwischen den beiden Zelltypen nicht viel für sich hat, mufs man sich zu der Annahme einer einheitlichen Genese der Tumorzellen entschliefsen und nach einer Erklärung für das verschiedenartige Aussehen der Zellen suchen. Nimmt man aber in ein und demselben Naevus eine einheitliche Genese der Zellen an, so mufs man doch wohl die Verhältnisse ebenso beurteilen, wenn diese verschieden aussehenden Zellen auf zwei verschiedene Naevi in der Weise verteilt sind, dafs in dem einen die hellen epitheloiden, in dem anderen die dunkleren, spindelförmigen Zellen vorhanden sind. Dafs in zahlreichen Naevis auch eine Bindegewebswucherung vorkommt, ist übrigens nicht zu bezweifeln, doch ist diese Bindegewebswucherung nur in Analogie zu bringen mit den reaktiven Vorgängen, wie wir sie beim Carcinom und auch bei gutartigen, sicher epithelialen Geschwülsten beobachten. Bei manchen Naevis ist die Bindegewebswucherung deutlicher ausgesprochen, bei anderen weniger vorhanden, in manchen Fällen kann man, wenn der Naevus längere Zeit besteht und die typischen hellen Naevuszellen immer mehr zurücktreten, um schliefslich zu verschwinden, von einer fibrösen Umwandlung des Naevus sprechen (Unna). Von Wichtigkeit scheint mir, darum sei nochmals darauf hingewiesen, die Tatsache, dafs es mit unseren heutigen Methoden nicht immer möglich ist, in jedem Naevus jede einzelne Zelle mit Bestimmtheit als Naevuszelle oder als Bindegewebszelle zu definieren. Dafs diese Tatsache nun aber nicht gegen die Annahme der epithelialen Genese der Naevuszellen verwertet werden kann, geht daraus hervor, dafs wir ja auch bei Carcinomen an der Grenze von Epithel und Bindegewebe sehr oft auf Zellen stofsen, die sich nicht präzis definieren lassen. Der Einwand, dieses Beispiel sei unzutreffend, denn ein Naevus sei ja kein Carcinom, ist nicht stichhaltig, denn auf das raschere und langsamere Wachstum der Zellen kommt es nicht an. Wenn beim Naevus nicht kompakte Zellballen ins Bindegewebe geraten, sondern die Zellen in einem aufgelösten Schwarm einzeln, sukzessive ins Bindegewebe geraten, so liegen die topographischen Verhältnisse genau ebenso wie an der Grenze von Epithel und Bindegewebe in einem Carcinom. Übrigens beobachtet man dasselbe auch bei nicht destruktiv wachsenden Epitheliomen, z. B. in abgekapselten Parotisgeschwülsten, sowie bei allen denjenigen Tumoren, die vielfach als „Endotheliome" gegolten haben, jetzt aber als Epitheliome erkannt worden sind. Man kann ganz allgemein sagen, dafs in allen Fällen, wo Epithelien nicht in geschlossener Kolonne, sondern einzeln ins Bindegewebe geraten, die Unterscheidung epithelialer Zellen von bindegewebigen

Elementen vielfach unmöglich wird. — Die Gestaltveränderungen nun, die sich an den Naevuszellen in den tieferen Coriumpartien bemerkbar machen, hat man in verschiedener Weise zu erklären versucht. Unna meint, diese Zellen seien im Embryonalleben abgeschnürt, bei weiterem Wachstum des Naevus in der Tiefe liegen geblieben, atrophisch geworden. Sistiert der Zuwachs von Naevuszellen von der Epidermis her, so findet man eventuell nur solche spindelige Elemente im Corium, während das Gebiet unmittelbar unter der Epidermis keine Naevuszellen enthält. Kromayer deutet die betreffenden Bilder unter Zuhilfenahme der Hypothese, die Naevuszellen würden zu fibrilläre Substanz bildenden Bindegewebszellen. Nach Kromayer sind diese in der Tiefe liegenden Zellen zwar Abkömmlinge des Epithels, aber sind nicht mehr Epithelzellen, sondern nicht nur dem Aussehen nach, sondern auch quoad functionem Bindegewebszellen. Das Emporwachsen des Naevus über das Hautniveau ist der Ausdruck der Bindegewebsneubildung, die von diesen Zellen ausgeht, während Unna die Zunahme des fibrillären Gewebes von präexistierenden Bindegewebszellen ausgehen läßt und das Emporgehobenwerden des Naevus zu einem knopfförmigen Gebilde durch die Annahme erklärt, die elastischen Fasern der Umgebung höben das an elastischem Gewebe relativ arme Naevusgebiet empor. Kromayer, dem sich Judacewitsch angeschlossen hat, verwertet für seine Anschauung auch das Verhalten des fibrillären Gewebes in dem unmittelbar unter der Epidermis befindlichen Naevusgebiet. Dies führt uns zur Besprechung der Beziehungen der Naevuszellen zur Zwischensubstanz.[1] Namentlich in den ersten Jahren nach Unnas erster Mitteilung hat die Frage, ob eine zwischen den einzelnen Naevuszellen, d. h. der typischen, im Gebiet des Papillarkörpers in Haufen angeordneten Elementen fibrilläre Substanz finde oder nicht, eine Rolle gespielt. Eins der von Unna zur Stütze seiner Theorie herangezogenen Argumente war ja das Fehlen einer fibrillären Zwischensubstanz in den Naevuszellhaufen, die epitheliale Anordnung dieser Zellen. Spätere Untersucher wiesen nun in den Naevuszellhaufen ein feines Retikulum kollagener Fasern nach und auch feinste elastische Fasern sah man zwischen die Naevuszellen eindringen. Dieser Befund wird von den Gegnern gegen die Lehre von der epithelialen Genese der Naevuszellen entschieden geltend gemacht; Unna vereinigt jedoch diesen Befund mit seiner Auffassung durch die Annahme, die Naevuszellen seien an den Stellen, wo zwischen ihnen kollagene Fasern nachweisbar seien, nicht in kompakter Masse, sondern einzeln in das präexistierende feinfibrilläre Gewebe geraten. Kromayer nimmt dagegen an, die feinen intercellularen Fibrillen seien ein Produkt der Naevuszellen.

[1] Über das Verhältnis der Naevuszellen zu den stark pigmentierten Zellen, den sog. Chromatophoren, s. unten.

In den noch mit der Epidermis zusammenhängenden Zellkomplexen findet man, wie ich gleich hervorheben möchte, keine kollagenen Fasern; solche werden nur in den im Papillarkörper oder auch tiefer liegenden, also jedenfalls schon in toto im Gebiete des Bindegewebes befindlichen Zellhaufen nachgewiesen. Die endgültige Entscheidung der in vieler Hinsicht wichtigen Frage: Woher stammen die feinen intercellularen Fibrillen? scheint mir noch in suspenso gelassen werden zu müssen. Es sind noch einige Vorfragen unerledigt. Es ist einmal noch nicht festgestellt, auf welche Weise die Naevuszellen, ihre epitheliale Herkunft angenommen, in das Bindegewebe gelangen. Werden sie, wie Kromayer annimmt, infolge der Epitheliophilie, d. h. infolge des Bestrebens der den Vorstufen der Naevuszellen benachbarten Epithelzellen, sich zum kontinuierlichen epithelialen Verband zusammenzuschliefsen und in kontinuierlicher Schicht das Bindegewebe zu überziehen, aus der Epidermis in das Bindegewebe ausgestofsen, oder werden sie durch Einwachsen des Bindegewebes zwischen sie und das normale Epithel sequestriert? Und wie verhalten sich dann weiter die ins Bindegewebe gelangten Zellen, wie kommen sie in die tieferen Coriumschichten? Es war oben schon von Erklärungsversuchen für das Vorhandensein der Naevuszellen in den tieferen Partien die Rede. Manche Autoren sehen in ihnen Zellen, die von der Haarscheide stammen und das trifft wohl für manche Fälle auch zu. Aber man kann auch daran denken, dafs die Zellen vom Deckepithel stammen, und dann fragt es sich, ob die zuerst abgeschnürten Zellen dadurch weiter in die Tiefe gelangen, dafs sich über ihnen neues Bindegewebe bildet, in welches nun immer wieder Zellen von der Epidermis verlagert werden, oder ob ein Zuwachs von seiten der Epidermis ausbleibt und die Naevusmasse dadurch allmählich auch in das tiefere Corium gelangt, dafs die Naevuszellen sich, wenn auch langsam, vermehren und ihren Nachwuchs immer tiefer ins Bindegewebe hinein vorschieben. Endlich wäre auch an die Möglichkeit zu denken, dafs den Naevuszellen eine Eigenbewegung zukommt. Für die allerletzte Annahme liefsen sich wohl Analogien beibringen. Manche Forscher, z. B. Ribbert, nehmen bei den Zellen des Carcinoms und des Sarkoms eine Eigenbewegung der Zellen an und beim Naevus müfste Ribbert eine solche auch konsequenterweise annehmen, da er ja die Naevuszellen mit den Chromatophoren identifiziert, in diesen aber mit Eigenbewegung ausgestattete, allerdings mesodermale Elemente sieht, die nach Ribbert ja auch in die Epidermis hineinwandern können. Da nun aber auch sicher epitheliale, mit Eigenbewegung versehene Zellen bekannt sind, z. B. die Spermatozoen, Unnas X-Zellen, so kann man wohl auch daran denken, dafs die Naevuszellen wenigstens zeitweise eine Eigenbewegung besitzen und somit in die Maschen des Bindegewebes hineinzukriechen befähigt sind. Besser zu den allgemein verbreiteten Vorstellungen stimmt

die Annahme, daſs die Naevuszellen sich bei der Verlagerung ins Bindegewebe passiv verhalten, und mit dieser Annahme ist die Ablösung von ganzen Zellhaufen von der Epidermis auch besser vereinbar. Allerdings könnte man dann noch immer annehmen, daſs die einmal ins Bindegewebe verlagerten Zellen nun unter den veränderten Bedingungen beweglich werden. Mit einer Eigenbewegung rechnen die Autoren auch nicht, sondern nehmen an, daſs die Naevuszellen nur durch die am Bindegewebe sich abspielenden Vorgänge und den von der Epidermis kommenden Nachschub in die tieferen Partien gelangen. Unna nimmt, wie gesagt, eine Entstehung der tiefstgelegenen Naevuszellstränge im Embryonalleben von der Epidermis oder im späteren Leben von dem Epithel des Haarbalges und der Knäueldrüsengänge an. Das veränderte Aussehen der Zellen in den tieferen Partien wird entweder durch den ganz allgemein gehaltenen Hinweis auf die veränderten Lebensbedingungen erklärt oder spezieller durch die stärkere Druckwirkung des in dem tieferen Corium strafferen und derberen Bindegewebes. Sehr störend bei der Analogie der beim Naevus zu erhebenden Befunde ist es auch, daſs wir über die Bildung der kollagenen und elastischen Fasern unter normalen Verhältnissen noch nicht genügend instruiert sind und noch weniger über das Wachstum dieser Gewebsbestandteile wissen. Die einzelnen diesbezüglichen Anschauungen anzuführen würde uns zu weit von unserem eigentlichen Thema entfernen. Nur daran möchte ich erinnern, daſs, wenn Kromayer zur Stütze seiner Auffassung anführt, es fehlten im Naevus an den präexistierenden Bindegewebszellen Erscheinungen, welche auf eine Neubildung fibrillärer Substanz durch diese Zellen hinwiesen, so daſs man eine Faserbildung durch die Naevuszellen annehmen müsse, um das Wachstum des Naevus zu erklären, dem die Möglichkeit entgegengehalten werden muſs, daſs die Fasern auch ziemlich unabhängig von Zellen feine Ausläufer bilden könnten, welche zwischen die Naevuszellen eindringen. Beim Knorpel wird ja von mancher Seite ein Wachstum, welches relativ unabhängig von Zellen vor sich geht, angenommen. Ähnliche Vorgänge könnten ja auch beim fibrillären Bindegewebe stattfinden. Kromayer will nun eine Umwandlung der peripheren Teile des Protoplasmas der Naevuszellen zu Fibrillen beobachtet haben; doch bestätigen dies spätere Untersucher nicht. Judalewitsch schlieſst auf eine Bildung von Bindegewebsfasern aus Naevuszellen aus der Tatsache, daſs mit dem Alter der Naevuszellhaufen das fibrilläre Gewebe zwischen den Zellen zunehme. Sollte sich nun die letztangeführte Beobachtung Kromayers auch nicht bestätigen, so wäre damit die Desmoplasie noch nicht abgetan, denn man braucht nur, wie dies ja viele tun, in der fibrillären Zwischensubstanz nicht ein Umwandlungsprodukt, sondern ein Ausfällungsprodukt der Zellen zu sehen, und wenn man von dieser Anschauung ausgeht, genügt es ja, wenn man neben den Naevuszellen, wenn

auch nicht mit ihnen zusammenhängend, feinste kollagene Fasern in den Naevuszellkomplexen findet. Ohne die Desmoplasie strikt abzulehnen, für die sich aufser den Befunden beim Naevus ja noch manches andere anführen läfst (cf. die Arbeiten KROMAYERS und der von ihm zitierten Autoren sowie die neuen Arbeiten KROMPECHERS), glaube ich doch entgegen RIBBERT, dafs man sehr wohl die epitheliale Herkunft der Naevuszellen annehmen kann, ohne deshalb auch die Desmoplasie anzunehmen. RIBBERT meint, die Fasern zwischen den Naevuszellen können „selbstverständlich" nur von diesen Zellen erzeugt sein; wenn man die epitheliale Genese der Naevus zellen annimmt, müsse man sich KROMAYER anschliefsen. Ich meine, dafs die Bindegewebsneubildung, wie sie in manchen Naevis sicher vorhanden ist, sich sehr gut auf präexistierende Bindegewebszellen zurückführen läfst, und finde es auch nicht selbstverständlich, dafs das feine Retikulum in den Zellhaufen ein Produkt gerade dieser Zellen ist. In KROMAYERS Theorie aber eine Absurdität zu sehen und sie durch ein vielsagendes Ausrufungszeichen hervorzuheben, wie BORST dies tut, liegt wohl auch kein Grund vor. Die Desmoplasielehre scheint mir vielmehr sehr diskutabel und es wäre sehr wünschenswert, wenn weitere Untersuchungen sich ohne vorgefafste Meinung gerade in dieser Richtung bewegen würden. Strikt gegen die Desmoplasie sprechen ja, wie ich KROMAYER und KROMPECHER ohne weiteres zugeben mufs, nur die eingebürgerten Lehrsätze. Die neueren Untersucher lehnen mit Ausnahme von JUDALEWITSCH die Desmoplasie ab, zuletzt (1908) DALLA FAVERA unter dem Hinweis darauf, dafs dort, wo sich reichlicher Fasern zwischen den Naevuszellen fänden, die Zellen atrophisch, durch regressive Vorgänge verändert, also nicht zur Bildung von Fasern befähigt erscheinen. — Aufser den typischen hellen Naevuszellen, den dunkleren spindelförmigen und den stark pigmentierten Elementen, auf die wir später eingehen, kommen, wie viele Untersucher angeben, auch mehr- und vielkernige Zellen, Riesenzellen sehr häufig zur Beobachtung. ALEXANDRA BOGOLIUBSKY scheint sie zuerst beobachtet zu haben; nach ihr erwähnen sie die meisten Autoren; ich habe sie seinerzeit eingehender beschrieben. Die Riesenzellen scheinen teils durch ein Zusammenfliefsen der Epithelien im Moment der Ablösung von der Epidermis zu entstehen, teils aber auch durch amitotische Teilung des Kernes ohne nachfolgende Teilung des Protoplasmas. Aufser diesen recht typischen Riesenzellen, deren Kerne fast genau oder auch durchaus im Aussehen dem der einkernigen Naevuszellen entsprechen (zwei- und mehrkernige Zellen leiten in unmerklichem Übergang zu vielkernigen Riesenzellen), habe ich in den tieferen Partien des Corium auch Riesenzellen gefunden, die in ihrem Aussehen sich von Riesenzellen, wie sie im chronisch entzündlichen Infiltrat vorkommen, nicht unterschieden. Neben diesen Riesenzellen waren auch rundliche einkernige Elemente mit stark tingiblem Kern vorhanden. Auch

andere Untersucher erwähnen Ähnliches. Ob hier ein mit dem Naevus vergesellschafteter chronisch entzündlicher Vorgang vorhanden war oder ob diese Zellen, die einkernigen sowohl wie die Riesenzellen, ebenfalls als in ihrem Aussehen etwas ungewöhnlich veränderte Naevuszellen aufzufassen sind, möchte ich nicht mit Bestimmtheit entscheiden. Letztere Deutung scheint mir deshalb näher zu liegen, weil Gefäſsveränderungen und Plasmazellen fehlen.

Bezüglich der Gefäſsverteilung im Naevusgebiet liegen nur wenige Angaben vor. Injektionspräparate, welche KYRLE anfertigte, zeigten, daſs der Naevus gut vaskularisiert ist.

Auf das häufige Vorkommen zahlreicher, dicker, markhaltiger Nervenfasern in der Cutis unterhalb der Pigmentnaevi machen neuerdings WIETING und HAMDI aufmerksam, ohne daran Folgerungen zu knüpfen, wie früher SOLDAN.

Was die aus Naevis hervorgehenden, destruktiv wachsenden und Metastasen setzenden Tumoren anbetrifft, so gehen die Ansichten der verschiedenen Autoren auch noch in mancher Hinsicht auseinander. Abgesehen davon, daſs diejenigen, welche die Naevuszellen für Abkömmlinge des Epithels, die destruktiv wachsenden Naevustumoren für Carcinome halten, während diejenigen, die in den Naevuszellen mesodermale Elemente sehen, dieselben Tumoren als Sarkome auffassen, harren noch andere Fragen, die epitheliale Herkunft der Naevuszellen als gesichert vorausgesetzt, einer befriedigenden Lösung. Es fragt sich, ob, wenn an der Stelle, wo seit längerer Zeit ein Naevus bestand, ein destruktiv wachsender Tumor sich entwickelt, dieser Tumor nun dadurch entsteht, daſs die Naevuszellen selbst an einer oder vielleicht auch an mehreren Stellen gleichzeitig in exzessive Wucherung geraten, oder ob das Carcinom direkt vom Deckepithel ausgeht, so daſs also eigentlich ein Carcinom in Naevo vorläge, oder ob, und das ist RIBBERTS Ansicht, zwar nicht die Naevuszellen selbst, wohl aber die mit den Naevuszellen hinsichtlich der Genese zwar identischen, aber weiter als die Naevuszellen entwickelten verästelten pigmentführenden Zellen, die ausgebildeten „Chromatophoren“ in Wucherung geraten. Da RIBBERT diese pigmentierten verästelten Zellen als vom Mesoderm stammende spezifische Elemente ansieht, wären die destruktiv wachsenden, auf dem Boden der Naevi entstehenden Tumoren Melanome oder Chromatophorome und die Naevi deren Vorstufen. Die Bezeichnung Sarkom will RIBBERT für diese Tumoren vermieden wissen, da seiner Ansicht nach die „Chromatophoren“ zwar auch mesodermale, aber von den gewöhnlichen Bindegewebszellen verschiedene Elemente seien. Als Sarkome seien aber nur die von gewöhnlichen Bindegewebszellen ausgehenden, destruktiv wachsenden Tumoren zu bezeichnen. Die Melanome bestehen aber nicht aus beliebigen, zufällig pigmentierten Bindegewebszellen, sondern aus ganz spezifisch diffe-

renzierten. Ribbert haben sich einige Autoren angeschlossen (Payr, Rössle, Martini [1908]). Abesser hält die Chromatophoren und die Naevuszellen zwar für identisch, aber beide, wie erwähnt, für Abkömmlinge des Epithels. Diese supponierte Identität wird uns weiter unten beschäftigen, hier handelt es sich zunächst um die Frage, ob die vom Epithel stammenden Naevuszellen selbst es sind, die das Carcinom liefern, oder das Deckepithel direkt den destruktiv wachsenden Tumor hervorgehen läfst. Schon Unna hat sich mit den destruktiv wachsenden Naevustumoren eingehend beschäftigt. Die echten alveolären Carcinome, d. h. solche Carcinome, bei welchen die Tumorzellen in allseitig vom Bindegewebe umgebenen Nestern und Strängen beisammen liegen und der alveoläre Bau nicht nur, wie bei gewöhnlichen Carcinomen, durch die Schnittführung vorgetäuscht wird, sind in der Regel aus weichen Naevis hervorgegangen. Unna fand in den peripheren Schnitten das Bild des ödematösen Naevus, aber schon Plasmazellen und mäfsige Vermehrung der Mastzellen. Die Tumorzellen sind gegenüber gewöhnlichen Naevuszellen auf das Doppelte und Vierfache ihres gewöhnlichen Durchmessers vergröfsert. In der Mitte des Tumors wuchsen in einem von Unna untersuchten Falle die Zellen zu kolossalen „epithelialen“ Spindelzellen aus, welche man auf den ersten Blick kaum für Epithelien anzusehen geneigt ist. Es kommt zur Bildung epithelialer Riesenzellen. Die hyaline Degeneration der Epithelzellen, wie sie bei gewöhnlichen Krebsen häufig ist, fehlt hier. Aufser dadurch, dafs die Naevuszellen in exzessive Wucherung geraten, kann ein Carcinom aber auch vom Deckepithel ausgehen.

Die alveolär gebauten melanotischen Tumoren sind in der Haut die häufigeren, bei den gleichen Tumoren der Chorioidea sind es mehr oder weniger fascikulär angeordnete spindelige, runde und verästelte Elemente, welche die Tumoren formieren. Sieht man nun in den melanotischen Tumoren der Haut und den der Chorioidea genetisch gleichartige Geschwülste, so ergibt sich, die epitheliale Genese der Naevuszellen vorausgesetzt, dafs epitheliale Zellen Tumoren von fascikulär angeordneten spindeligen und runden Elementen liefern können, die grobanatomisch den Bau von Sarkomen darbieten. Die Melanome des Auges wären dann wieder ein exquisites Beispiel dafür, dafs epitheliale Zellen bindegewebigen Elementen ununterscheidbar ähnlich werden können. Wenn man dann ferner in Betracht zieht, dafs diese Tumoren der Chorioidea bezüglich ihres Pigmentgehalts in recht weiten Grenzen schwanken, dafs in ein und demselben Tumor neben stark pigmentierten Partien hellere und auch ganz pigmentfreie Stellen vorkommen, dafs die Metastasen dieser Tumoren vielfach ganz unpigmentiert sind und dafs auch ganz unpigmentierte primäre Tumoren, sog. Leukosarkome, zur Beobachtung kommen, deren Bau auf ihre prinzipielle Identität mit den Melanosarkomen hinweist, so ergibt sich die recht

beachtenswerte Tatsache, daſs Tumoren, die aus groſsen Spindelzellen, runden Zellen, verästelten Zellen in morphologisch-sarkomatöser Anordnung nicht Sarkome sein müssen, sondern mit Rücksicht auf ihre Histogenese zu den Carcinomen gehören. Groſszellige Spindelzellen„sarkome“ und groſszellige Rundzellen„sarkome“ mit alveolärer, aber auch mit fascikulärer Struktur sind also des Epitheliomcharakters immer zum mindesten sehr verdächtig. In Parenthese möchte ich hier an einen von Loening beschriebenen suprarenalen Tumor erinnern. Dieser Tumor zeigte auf den ersten Blick das Bild des groſszelligen Spindelzellensarkoms. Die Durchuntersuchung des Tumors lieſs jedoch mit Sicherheit feststellen, daſs es sich um ein Epitheliom handelte, und zwar waren die groſsen Spindelzellen nicht etwa als gewucherte Stromaelemente, sondern als Abkömmlinge des epithelialen Parenchyms aufzufassen. Daſs in den sog. „Endotheliomen“, die aber mit Endothelzellen nichts zu tun haben, epitheliale Zellen morphologisch durchaus bindegewebigen Elementen gleich werden können, ist ja auch bekannt und vor kurzem auch von mir (s. *diese Zeitschr.* Bd. 48) wieder nachdrücklich hervorgehoben worden. — Die Melanome des Auges führen uns dann weiter auf die melanotischen Tumoren des Gehirns und Rückenmarks. Nach Ribbert handelt es sich ausnahmslos um Metastasen von Augen- und Hauttumoren, die manchmal erst nach Jahren nach der Exstirpation des primären Tumors zur Beobachtung kommen. Ribbert hält dementsprechend die betreffenden Gehirn- und Rückenmarkstumoren für genetisch identisch mit den Melanomen des Auges und der Haut. Andere Autoren wollen nun aber auch sicher primäre pigmentierte Gehirn- und Rückenmarkstumoren beobachtet haben (L. Pick, Esser). Näher auf diese Tumoren einzugehen, ist ja nicht meine Aufgabe, ich möchte nur ein vergleichendes Studium dieser Tumoren mit den Melanomen der Haut unter Voraussetzung der epithelialen Genese der Naevuszellen anregen. Nach Wieting und Hamdi gehen die betreffenden Gehirn- und Rückenmarkstumoren nicht von pigmentierten Zellen der Pia, wie man wohl angenommen hat, aus, sondern entwickeln sich aus versprengten oder mangelhaft differenzierten Zellkomplexen des Neuroepithels.

Auſser den destruktiv wachsenden melanotischen Tumoren der Haut, von denen bisher die Rede war, entwickeln sich nun auf dem Boden eines Naevus noch andere Carcinome, die morphologisch wesentlich andere Verhältnisse zeigen. Es sind das Tumoren vom Typus der Basalzellenkrebse (Krompecher) oder Coriumcarcinome (Borrmann). Wenigstens kann ich mich nach den Beschreibungen und Abbildungen der Autoren dem Eindruck nicht entziehen, daſs unter Naevuscarcinomen nicht durchaus identische Dinge beschrieben worden sind. Während die gewöhnlich unter dem Namen „Melanosarkom“ geführten Tumoren aus groſsen, hellen, häufig alveolär angeordneten runden Zellen, aber auch manchmal aus

grofsen Spindelzellen und verästelten Zellen bestehen, handelt es sich bei der anderen Gruppe von Naevocarcinomen um Tumoren, deren Zellen relativ klein, relativ protoplasmaarm und dunkel sind. Die Zellen sind in Strängen angeordnet und bilden nicht echte Alveolen, sondern die Zellzüge dringen wurzelförmig ins Bindegewebe. Stellenweise bilden die Zellen drüsenähnliche Formationen. Im Gegensatz zu den Melano„sarkomen" zeigen die Tumoren häufig hyaline und schleimige Degeneration des Stromas und Sekretionsvorgänge der Tumorzellen. Die Naevuszellen verhalten sich in solchen Fällen scheinbar ganz passiv. Einen solchen Fall hat z. B. Reines (1906) beschrieben. Hier hatte ein von der Epidermis ausgehender Basalzellenkrebs die Naevuszellnester umwachsen und sie bis auf spärliche, noch nachweisbare Reste, zum Schwinden gebracht. Auch bei den von Joseph und Wälsch beschriebenen Fällen scheint es sich um etwas ähnliches gehandelt zu haben. Diese Fälle fafst man wohl am besten als Kombinationen eines Naevus mit einem Basalzellenkrebs auf. Ob ein Kausalnexus zwischen dem Naevus und dem Basalzellenkrebs besteht oder nicht, müfste noch genauer festgestellt werden. Bei der Häufigkeit der Naevi sowohl wie auch der Basalzellenkrebse im Gesicht und Nacken, liefse sich auch die Annahme eines rein zufälligen Zusammentreffens verteidigen oder auch die Annahme, dafs ähnliche Ursachen zuerst die Naevusbildung und dann später, aber unabhängig von dieser, die Entstehung des Basalzellenkrebses veranlafst hätten.

Unter der Bezeichnung Naevuscarcinom hat man also zweierlei zu verstehen: 1. Die von den älteren Autoren als „Melanosarkome" bezeichneten Tumoren und 2. Basalzellenkrebse, die sich im Naevusgebiet entwickeln. Erstere scheinen aus in exzessive Wucherung geratenen Naevuszellen zu entstehen. Letztere gehen direkt vom Deckepithel oder epithelialen Anhangsgebilden der Haut aus, ohne dafs die Zellen zuerst zu Naevuszellen, die unserer Ansicht nach ja auch von der Epidermis stammen, werden. Wie Krompecher diesen Verhältnissen Rechnung trägt, wurde oben angegeben. Zu dem gleichen Schlufs wie ich kommt auch z. B. Zaaijer.

Das melanotische Pigment der Naevi hat aus mancherlei Gründen die Aufmerksamkeit der Untersucher gefesselt. Während es den Einen hauptsächlich darauf ankam, am Naevus nach Befunden zu suchen, die für die Lösung der Frage nach der Genese des melanotischen Pigments zu verwerten wären, suchten die Anderen eventuell vorhandene Beziehungen des Pigments zur Entstehung des Naevus festzustellen. Trotz vieler auf diese Studien verwendeter Mühe ist es bisher noch nicht gelungen, auch nur in den elementarsten Fragen eine einigermafsen einheitliche Auffassung zu erzielen, denn schon die Frage: wo, bezw. in welchen Zellen findet sich das melanotische Pigment im Naevus, wird von den verschiedenen Untersuchern verschieden beantwortet. Stellen wir die diesbezüglichen

Angaben der Autoren zusammen, so ergibt sich, daſs das melanotische Pigment jedenfalls vorwiegend — vielleicht ausschlieſslich — intrazellulär beobachtet wurde und zwar 1. in Epidermiszellen, 2. in typischen Naevuszellen, 3. in verzweigten Zellen in typischen „Chromatophoren", 4. in Spindelzellen und runden Elementen, 5. in mehrkernigen Zellen, Riesenzellen. Über die Beziehungen dieser Zellen zu einander herrscht nun aber eine weitgehende Meinungsverschiedenheit. Die Verwirrung ist dadurch so groſs, daſs die einen alle pigmentführenden Elemente für genetisch identisch halten, also nur für verschiedene Erscheinungsformen einer und derselben Zellart, während die andern eine solche gemeinsame Herkunft garnicht oder nur teilweise annehmen. Noch weiter kompliziert wird die Sachlage dadurch, daſs bei der Beurteilung der sub 3, 4, 5 angeführten Zellen die Frage der Entstehung des melanotischen Pigments mitspielt. Aber schon allein die Schwierigkeit der rein morphologischen Klassifizierung der pigmentführenden Zellen im Naevus ist ausreichend, die weitgehende Meinungsverschiedenheit erklärlich erscheinen zu lassen. Am einfachsten liegen die Verhältnisse, wenn man sich Abesser anschlieſst. Nach Abesser sind die Naevuszellen, die verästelten pigmentierten Zellen die sogenannten Chromatophoren, welche man teils mitten in den Naevuszellhaufen zwischen typischen Naevuszellen, teils einzeln im Bindegewebe, teils auch in mehreren Exemplaren zusammenliegend findet, identisch hinsichtlich ihrer Genese. Die verästelten Zellen bilden dadurch, daſs ihre Fortsätze einander berühren, netzförmige Figuren. Identisch sind mit diesen Zellen auch die stark pigmentierten runden Elemente und die pigmentierten Riesenzellen, insofern als alle diese Zellen vom Epithel abstammen. Abesser vertritt somit den von Ribbert inaugurierten Standpunkt, mit dem allerdings wesentlichen Unterschiede, daſs Ribbert in den Chromatophoren spezifische bindegewebige Elemente sieht. Ribbert hat seine Lehre zuerst 1897 und dann mit einigen Modifikationen 1904 auseinandergesetzt und auch gegen die gegen seine Lehre erhobenen Einwände zu verteidigen gesucht. Die Melanome des Auges bilden den Ausgangspunkt der Untersuchungen Ribberts. Diese Tumoren setzen sich aus pigmentierten und unpigmentierten Zellen in wechselndem Mengenverhältnis zusammen. Die pigmentierten Zellen erscheinen entweder in Gestalt stark verästelter Gebilde oder als lange Spindeln oder in runder Form. Diese letzteren faſste Ribbert anfänglich als Kontraktionsformen der verästelten ausgebildeten Chromatophoren auf, während er sie in seiner Geschwulstlehre als Degenerationsformen deutet. Von diesen, in der Regel stark pigmentierten Zellformen, gibt es nun nach Ribbert alle möglichen Übergangsformen zu weniger oder garnicht pigmentierten spindeligen, wenig verästelten und runden Geschwulstzellen, welche in manchen Tumoren gegenüber den typisch ausgebildeten pigmentierten Chromatophoren sehr zurücktreten, in

anderen Fällen aber so reichlich vorhanden sind, dafs sie das Bild beherrschen. Fliefsende Übergänge verbinden diese Tumoren mit jenen, so dafs an der Einheitlichkeit nicht zu zweifeln ist. Mit den Melanomen des Auges sind prinzipiell identisch die Melanome der Haut, bei denen die Identität der Chromatophoren und der unpigmentierten Geschwulstzellen weniger deutlich in die Augen springt, weil die nicht oder nur wenig pigmentierten Zellen in alveolärer Anordnung zwischen Bindegewebssepten liegen, während die typisch ausgebildeten „Chromatophoren" hauptsächlich in diesen Septen zu finden sind; doch finden sich manchmal auch typische Chromatophoren und rundliche, wenig oder garnicht pigmentierte Geschwulstzellen gemischt in einer Alveole und es gelingt dann, Übergangsformen zu beobachten. Die weichen Naevi sind nun nach Ribbert Vorstufen dieser „Chromatophorome", die typischen Naevuszellen sind unentwickelte Jugendformen der Chromatophoren. Die Entwicklung des destruktiv wachsenden malignen Tumors entsteht nun aber nach Ribbert nicht dadurch, dafs die Naevuszellen exzestiv zu wuchern beginnen, sondern sie ist die Folge einer exzessiven Wucherung der ausgebildeten Chromatophoren. Wie bereits mehrfach erwähnt, lehnt Ribbert die Lehre von der epithelialen Herkunft der Naevuszellen ab. Zur Erklärung gewisser von Unna u. A. für die epitheliale Genese verwerteter Befunde verweist Ribbert auf die Eigenbewegung der Chromatophoren und fafst neuerdings die mitten im Epithel liegenden Naevuszellen als eingewanderte Chromatophoren auf. Ribbert haben sich in seiner Auffassung des Melanosarkoms als Chromatophorom einige Autoren angeschlossen (s. o.), die meisten späteren Untersucher lehnen aber Ribberts Auffassung ab, wenn auch mit verschiedener Motivierung. Die Einen, weil sie die typischen Naevuszellen für epitheliale Elemente halten, die verzweigten pigmentierten Zellen aber dem Bindegewebe entstammen lassen. Die Andern, weil sie zwar auch die Naevuszellen für bindegewebige Elemente ansehen, in ihrer Form und Anordnungsweise aber doch bedeutende Unterschiede gegenüber den verzweigten pigmentierten Zellen finden, so dafs sie nicht diese sowohl wie jene nur als verschiedene Entwicklungsstufen einer und derselben spezifisch differenzierten Zellart ansprechen wollen. Ich habe (1902) in einer unter Ehrmanns Leitung verfafsten Arbeit gegen die Identität der Naevuszellen und der Chromatophoren oder wie ich mit Ehrmann sagte, der „Melanoblasten" hauptsächlich geltend gemacht, dafs die typischen Naevuszellen nur dann Pigment enthielten, wenn sie mit typischen Melanoblasten in Berührung seien oder wenigstens solche in nächster Nähe sich vorfänden. „Wären die unpigmentierten Naevuszellen nichts anderes als unpigmentierte Melanoblasten, so müfsten sich doch irgendwo Naevuszellen nachweisen lassen, die bei Abwesenheit von typischen Melanoblasten Pigment beherbergten."

Demgegenüber hat RIBBERT in seiner Geschwulstlehre (1904) hervorgehoben, es sei das Vorhandensein typischer Melanoblasten neben pigmentierten Naevuszellen durchaus nicht immer nachweisbar, d. h. es fänden sich also auch typische pigmententhaltende Naevuszellen, ohne dafs Melanoblasten, aus denen sie das Pigment erhalten haben könnten, in der Nähe wären. Aber selbst angenommen, meint RIBBERT, es seien die pigmentierten Naevuszellen immer mit Melanoblasten vergesellschaftet, so liefse sich der Befund auch so erklären, dafs eben einige der Naevuszellen sich zu typischen Chromatophoren entwickelt hätten. Die Mehrdeutigkeit dieser Befunde kann ich heute RIBBERT um so eher zugestehen, als die seit 1902 über die Entstehung des melanotischen Pigments veröffentlichten Untersuchungen meine Stellungnahme zur Pigmentfrage wesentlich beeinflufst haben und damit auch die Gründe, die mich auch heute veranlassen, mich gegen RIBBERT zu wenden, wenn auch gegen einen anderen Punkt seiner Lehre. Während ich damals hauptsächlich die von RIBBERT angenommene Identität der Naevuszellen und der Chromatophoren ablehnte, halte ich diese heute in der von ABESSER vertretenen Weise für sehr diskutabel, eine endgültige Entscheidung scheint mir aber noch ebenso wenig zu fällen zu sein, wie hinsichtlich der Frage, ob die unpigmentierten spindeligen Zellen in den tieferen Koriumpartien mit den Naevuszellen hinsichtlich der Genese identisch sind oder nicht. Gegen die Gesamtauffassung RIBBERTs spricht der meiner Ansicht nach gelungene Nachweis der epithelialen Herkunft der Naevuszellen. Wie sind nun aber die verästelten pigmentierten Zellen zu deuten? Damit stehen wir bei der Pigmentfrage, die sich, will man alle Naevusbilder analysieren, nun einmal nicht umgehen läfst. RIBBERT nimmt zwar das melanotische Pigment als gegeben an, nimmt aber doch insofern Stellung zur Pigmentfrage, als er in den Chromatophoren ganz besondere, spezifisch differenzierte bindegewebige Zellen erblickt; das ist ein Standpunkt, den nicht alle Autoren teilen. RIBBERT sucht auch die Spezifität der Chromatophoren gegenüber anderen bindegewebigen Zellen nachzuweisen. Die Gröfse, die bei der vollentwickelten Zelle typische stark verästelte Form, die Form der Fortsätze, die sich von denen gewöhnlicher Bindegewebszellen unterscheiden, die Lagerung der Zellen in der Nähe des Epithels, endlich die Eigenbewegung, seien den Chromatophoren gegenüber anderen mesodermalen Elementen eigentümlich. EHRMANN, der etwa die gleichen Argumente für die Spezifität der Melanoblasten verwertete und noch verwertet, schreibt zum Unterschiede von RIBBERT den Zellen keine Lokomotionsfähigkeit zu. Die Melanoblasten besitzen nach EHRMANN zwar ausstreckbare und einziehbare Fortsätze, aber die ganze Zelle ändert ihren Standort nicht. Gegen die Spezifität dieser Chromatophoren oder Melanoblasten sind nun schwerwiegende Bedenken geltend gemacht worden, und zwar sowohl in dem

Sinne als man diesen Zellen eine spezifische Funktion als Pigmentbildner und -Überträger, als auch eine spezifische typische Form abgesprochen hat. Durch zahlreiche Untersuchungen (z. B. von JARISCH, KROMAYER, ROSENSTADT, WIETING und HAMDI) die in den Experimenten GRUNDS und MEIROWSKYS gipfeln, ist wohl zunächst das Eine festgestellt worden, daſs das melanotische Pigment der Epidermis in den Epithelzellen selbst gebildet wird. Damit haben die verästelten pigmentierten Zellen, und zwar sowohl die zwischen den Epidermiszellen liegenden als auch die an der Epidermis-Koriumgrenze oder im Papillarkörper befindlichen ihre ihnen von manchen Autoren zugeschriebene Rolle als Pigmentüberträger aus der Cutis in die Epidermis ausgespielt. Nach WIETING und HAMDI sind die verästelten pigmentierten Zellen in der Epidermis allerdings Pigmentüberträger, aber sie sind nicht unbedingt notwendig zur Pigmentierung der übrigen Zellen, es sind epitheliale Melanoblasten, Epithelzellen, die in ungewöhnlichem Grade zur Pigmentbildung befähigt sind; sie gelangen manchmal, so auch beim Naevus, auch in das Bindegewebe des Papillarkörpers. Von diesen epithelialen Melanoblasten verschieden sind nach WIETING und HAMDI die Pigmentzellen im Corium beim Naevus und auch bei andern pathologischen Prozessen. Diese letzteren von WIETING und HAMDI als „Chromatophoren" bezeichneten Zellen sind Bindegewebszellen und Wanderzellen, die aus den Epithelzellen oder den Naevuszellen das Pigment aufnehmen und abführen. WIETING und HAMDI lassen also das gesamte Pigment in der Epidermis entstehen. Anders gestalten sich die Verhältnisse nach MEIROWSKY. Nach MEIROWSKY entsteht das Pigment der Epidermis in den Epidermiszellen selbst, von denen einige besonders stark pigmentierte den in das Epithel hineingewachsenen Melanoblasten EHRMANNS morphologisch entsprechen. Ihr Vorkommen ist nach MEIROWSKY durchaus inkonstant; ihr Vorhandensein zum Zustandekommen einer pigmentierten Epidermis nicht notwendig; es handelt sich also nicht um mit einer spezifischen Funktion begabte Zellen. Die verästelten pigmentführenden Zellen in der Cutis bilden nach MEIROWSKY ihr Pigment selbst, sind aber nicht Pigmentüberträger und auch insofern nicht spezifische Elemente, als eine Pigmentbildung in verschiedenen Zellen bindegewebiger Herkunft stattfinden kann. EHRMANN vertritt noch 1905 seine Melanoblastentheorie und sein Schüler REINES verwertet in diesem Sinne die Befunde bei einem Naevocarcinom (1906). Von manchen Autoren, so in neuester Zeit von DALLA FAVERA, wird auf das extrazellulare Vorkommen des Pigments neben dem in Zellen befindlichen hingewiesen. Betrachtet man als erwiesen, daſs die Naevuszellen vom Epithel abstammen und weiter, daſs die Epidermis ihr Pigment ohne Mithilfe der Tätigkeit bindegewebiger Chromatophoren in ihren Epithelzellen bildet, so muſs man RIBBERTS Lehre ablehnen, sofern sie die Naevi als aus einer ganz spezifisch

differenzierten Zellart zusammengesetzte Tumoren auffaſst. Noch weniger Anhänger hat aber ABESSER gefunden. Die meisten Autoren, welche die epitheliale Genese der typischen Naevuszellen annehmen, halten die verzweigten pigmentierten Zellen im Corium entweder für bindegewebige Melanoblasten oder Chromatophoren im Sinne EHRMANNS resp. RIBBERTS, d. h. also für spezifisch differenzierte mesodermale Zellen, oder sie sehen in ihnen nicht mit einer spezifischen Funktion begabte pigmentierte gewöhnliche Bindegewebszellen und Wanderzellen. WIETING und HAMDI unterscheiden epitheliale eventuell auch ins Bindegewebe geratende „Melanoblasten“ und auſserdem „Chromatophoren“, d. h. beliebige Bindegewebszellen, die das in epithelialen Zellen gebildete Pigment aufgenommen haben und abführen.

Wir haben weiter oben gesehen, daſs die präzise Definition jedes einzelnen Zellindividuums im Corium beim Naevus schon bei ausschlieſslicher Betrachtung unpigmentierter Zellen auf groſse Schwierigkeiten stoſsen kann. Das die Beobachtung hindernd beeinflussende Pigment gestaltet die Beurteilung und Klassifizierung der pigmentierten Zellen zu einer noch schwierigeren Aufgabe. Mir erscheint es nach den Angaben der Autoren und nach eigenen Beobachtungen zweifellos, daſs manche der verästelten, Pigment enthaltenden Zellen im Corium vom Epithel stammen und nichts anderes sind als pigmentierte Naevuszellen, welche nicht in zusammenhängendem Komplexe, sondern vereinzelt ins Bindegewebe gerieten. Auſserdem scheint mir aber das Vorhandensein bindegewebiger Pigmentzellen doch auch wahrscheinlich, wobei ich annehme, daſs das Pigment dieser Zellen von ihnen selbst gebildet wird. Ich sage wahrscheinlich, weil eine endgültige Entscheidung mir noch verfrüht erscheint.

Die Verteilung des melanotischen Pigments in den Gewebsbestandteilen des Naevus hat auch insofern die Untersucher beschäftigt, als sie sich die Frage vorlegten, ob zwischen dem Vorhandensein des Pigments in der Epidermis und im Gebiete des Corium ein gesetzmäſsiges Verhalten obwalte. Diesbezüglich fand z. B. GREEN folgendes: entweder ist eine mehr oder weniger intensive Pigmentierung des Rete vorhanden, während das Corium pigmentfrei ist, oder man findet Pigment im Corium, in der Epidermis an der entsprechenden Stelle aber nicht, das letztere Verhältnis ist nicht so häufig wie das erstere, kommt aber doch nicht so selten vor; drittens kommt es vor, daſs sowohl Rete als Corium gefärbt sind, bald das eine mehr, bald das andere; ein bestimmtes Verhältnis muſs nicht vorhanden sein. GREEN verwertet die Pigmentverhältnisse gegen die Annahme des epithelialen Genese der Naevuszellen, insofern, als häufig die Epidermis und die unter derselben im Gebiet des Papillarkörpers vorhandenen Naevuszellen bezüglich des Pigmentgehalts nicht übereinstimmen. Die Folgerung GREENS läſst sich aber durch die Annahme widerlegen, daſs,

wenn beispielsweise ein reichlich Pigment enthaltender Naevuszellenhaufen unter einer wenig pigmentierten Stelle der Epidermis angetroffen wird, die Epithelzellen im Moment der Ablösung von der Epidermis pigmentiert waren, während nun die über dem sich abschnürenden Naevuszellenkomplex zurückbleibenden Epidermiszellen noch nicht so reichlich Pigment gebildet haben. Findet man aber andrerseits über einem wenig Pigment enthaltenden Naevuszellenhaufen eine stark pigmentierte Epidermis, so kann man annehmen, daſs das Pigment in den Naevuszellen bereits verschwunden ist, während in der Epidermis sich neues gebildet hat. Für eine solche Erklärung der Befunde Greens läſst sich anführen, daſs erstens die Naevuszellen in den tieferen Partien des Corium stets unpigmentiert angetroffen werden, daſs also die Naevuszellen unter Umständen ihr Pigment auch verlieren können, und daſs zweitens gerade die in Abschnürung begriffenen Epithelzellen gewöhnlich sehr stark pigmentiert sind, ganz auffallend stark im Verhältnis zu den sie umgebenden normalen Epidermiszellen. Dieser letztere Befund interessiert uns noch in anderer Hinsicht (s. u.), hier sei er nur zur Erklärung der Tatsache, daſs unmittelbar unter wenig pigmentierter Epidermis stark pigmentierte Naevuszellen zu finden sind, angeführt. Ich habe (1902) auf dem Standpunkte der Melanoblastentheorie Ehrmanns stehend die Befunde Greens so erklärt, daſs je nachdem, an welcher Stelle die Melanoblasten vorhanden sind, ob in nächster Nähe der Epidermis oder am respektive im Naevuszellnest, entweder die Epidermiszellen oder die Naevuszellen reichlicher Pigment zugeführt erhalten. Da ich jetzt eine autochthone Bildung des Pigments in den Epidermiszellen annehme, halte ich meine damalige Erklärung natürlich nicht mehr für zu Recht bestehend, die betreffenden Bilder lassen sich, wie soeben ausgeführt, auch in anderer Weise befriedigend deuten. Wie erwähnt, beobachtet man nicht selten und gerade in flachen Naevis, daſs gerade diejenigen Epidermiszellen, an welchen man die der Ablösung vorhergehende Alteration beobachten kann, auch stark pigmentiert sind. Diese Beobachtung ist von einer Reihe von Autoren gemacht worden und hat im Verein mit der klinischen Beobachtung zur Diskussion der Ansicht geführt, das Pigment spiele bei der Naevuszellbildung eine diesen Vorgang begünstigende, vielleicht sogar auslösende Rolle. Schon die klinische Beobachtung, daſs die sehr dunklen, schwarzen Naevi zur Entwicklung der destruktiv wachsenden Neubildungen eine besondere Neigung zeigen, lieſs sich in dem Sinne verwerten, daſs das Pigment die exzessive Wucherung der Zellen begünstige. Schon Unna weist darauf hin, erinnert aber zugleich auch an die Tatsache, daſs es auch unpigmentierte Naevi und auch unpigmentierte oder sehr wenig pigmentierte Naevocarcinome gäbe; ein Kausalitätsverhältnis sei daher doch auch wieder nicht ohne weiteres anzunehmen. Die Frage, ob und wie weit das Pigment bei der Naevus-

zellbildung eine eingreifende Rolle spielt, läſst sich zurzeit wohl noch nicht bestimmt beantworten. Das in der überwiegenden Anzahl der Fälle zu beobachtende Parallellaufen von Hyperpigmentierung und Naevuszellbildung legt den Gedanken an ein Kausalitätsverhältnis sehr nahe und man kann in bezug auf die unpigmentierten Naevi die Behauptung verteidigen, auch sie seien im Moment der Entstehung pigmentiert gewesen. Daſs gewisse Beziehungen, wenn auch nicht unbedingt kausale, zwischen Naevuszellbildung und Pigmentierung bestehen, scheint mir nach den histologischen Befunden unabweisbar. Gerade an flachen Naevis ist eine auffallende Pigmentierung der sich ablösenden Zellen zu beobachten. Wucherung der Epidermis und Hyperpigmentierung sind das Erste, was wir finden. Wenn man zellreiche Naevi mit relativ wenig Pigment findet und geltend gemacht wird, daſs der Zellreichtum oft geradezu in einem umgekehrten Verhältnis zum Pigmentgehalt stände, so lassen sich solche Bilder durch die Annahme eines Pigmentschwundes bei längerem Bestehen des Naevus erklären. Schwieriger ist es, sich mit flachen, angeblich nie pigmentiert gewesenen Naevis auseinanderzusetzen, doch wird das Vorkommen von Naevis, die nie pigmentiert waren, von manchen Seiten für nicht erwiesen angesehen. Die meisten Autoren nehmen (so neuestens noch Dalla Favera) mit Unna an, daſs das Pigment vielleicht nicht unbedingt zur Naevuszellbildung gehöre, aber den Vorgang der Epithelalteration begünstige. Daſs auch mit der Annahme der bindegewebigen Herkunft der Naevuszellen die Annahme eines Kausalitätsverhältnisses zwischen Pigmentierung und Naevuszellbildung vereinbar ist, zeigt die Arbeit von Heinz. Nach diesem Autor ist die Hyperpigmentierung des Rete das Primäre. Das Pigment gelangt durch bewegliche Zellen transportiert in die Cutis, verursacht hier einen Reizzustand, welcher eine Reaktion von seiten der Lymph- und Blutgefäſse zur Folge hat, deren Endothelien in Wucherung geraten und sich in Naevuszellen umwandeln.

Blicken wir nun auf unsere Erörterungen zurück, so ergibt sich, daſs trotz der groſsen, auf das Studium der reichen Naevi verwendeten Mühe, die als gesichert zu betrachtenden Resultate der Naevusforschung sehr zurücktreten gegenüber den Aufgaben, die noch zu lösen sind. Wenn man ganz objektiv alles von den Autoren Vorgebrachte prüft, so bleibt eigentlich als sicher gewonnenes Resultat nur das, allerdings sehr bedeutungsvolle Ergebnis, daſs die Naevuszellen vom Epithel abstammen. Die gegen diese Auffassung geltend gemachten Einwände, die alle im wesentlichen auf eine Schluſsfolgerung per exclusionem hinauslaufen, sind in Anbetracht des nunmehr von zahlreichen Autoren beigebrachten direkten Nachweises der Stadien, welche die Epithelzelle bis zur Entwicklung der fertigen Naevuszelle durchmacht, hinfällig. Wenn die noch vorhandenen Gegner mit einer gewissen Genugtuung konstatieren, daſs die Verteidiger

der Lehre von der epithelialen Genese der Naevuszellen in Detailfragen untereinander nicht übereinstimmen, so ist derselbe Vorwurf, wenn ein solcher in gewissen Meinungsverschiedenheiten in Detailfragen liegen kann, ja auch den Gegnern zu machen. Die Anschauungen RIBBERTS, RIECKES, KYRLES, SOLDAUS, PINIS, RESPIGHIS u. a. differieren ja auch unter einander, wie sehr, das geht z. B. schon daraus hervor, daſs KYRLE die Entscheidung, von welchen mesodermalen Zellen die Naevuszellen abstammen, nicht zu treffen wagt. Wenn also die verschiedenen Untersucher, welche die Naevuszelle vom Epithel ableiten, über die Art und Weise der Bildung der Naevuszelle und weiter über den Lebenslauf der Naevuszelle verschiedene Ansichten vertreten, so liegt darin nicht ein die Lehre von der epithelialen Genese erschütterndes Moment. Vielleicht wären manche der noch schwebenden Detailfragen auch schon gelöst, wenn die Forschung nicht dadurch aufgehalten worden wäre, daſs es immer und immer wieder notwendig war, gegen die Lehre von der epithelialen Genese vorgebrachte Einwände zu widerlegen.

An die Annahme, daſs die Naevuszellen Abkömmlinge epithelialer Zellen sind, schlieſst sich ohne weiteres die Konsequenz, daſs die auf dem Boden der Naevi entstehenden destruktiv wachsenden Tumoren als Carcinome aufzufassen sind; auſserdem geht aus den vorliegenden Beobachtungen hervor, daſs diese Carcinome teils morphologisch den Basalzellenkrebsen entsprechen und in derselben Weise entstehen wie diese, teils sich als alveolär gebaute Tumoren präsentieren, deren Zellen den typischen Naevuszellen im groſsen und ganzen ähneln, nur gröſser und heller sind wie diese, teils als Tumoren erscheinen, die aus groſsen Spindelzellen und runden Zellen in alveolärer, aber auch faszekulärer Anordnung bestehen. Übergangsformen zwischen den beiden letztgenannten Typen kommen vor.

Eine weitere Konsequenz der Voraussetzung, daſs die Naevuszellen vom Epithel stammen, ist die, daſs ein Teil — ob alle ist noch fraglich — auch der verästelten pigmentführenden Zellen, auf die man im oberflächlichen Corium stöſst, epithelialer Herkunft sind, pigmentierte Naevuszellen, die nicht in zusammenhängenden Ballen, sondern als einzeln liegende, stark pigmentierte Zellen von der Epidermis ins Bindegewebe gelangten. Zu diesem Schluſs veranlassen einen diejenigen Stellen an der Epidermis-Coriumgrenze, wo man in aufgelöstem Zuge stark pigmentierte unregelmäſsig gestaltete Zellen sich von der Epidermis ablösen sieht. Die Epidermis-Coriumgrenze ist an solchen Stellen verwischt, die unterste Epidermisschicht macht einen desorganisierten Eindruck. Zwischen unregelmäſsig gestalteten verästelten Zellen und typischen pigmentierten Naevuszellen gibt es verschiedene Übergangsformen, auf die ja auch RIBBERT sowohl wie ABESSER sich stützen. Ob nun aber alle im Corium liegenden Zellen die relativ stark pigmentiert, verästelt oder spindelförmig sind, vom

Epithel stammen, das scheint mir noch weiterer Untersuchung wert. Für die genetische Identität sprechen mannigfache Übergangsformen, andrerseits kann man aber auch annehmen, dafs ein Teil der unregelmäfsig gestalteten Pigmentzellen genetisch von den Naevuszellen verschieden und überhaupt verschiedenartiger Provenienz sei, wobei man dann entweder mit WIETING und HAMDI das Pigment aus den Epidermiszellen oder aus den Naevuszellen in diese „Chromatophoren" gelangen lassen kann oder auch annehmen kann, das Pigment sei in diesen Zellen selbst entstanden. Zur Stütze letzterer Annahme kann man die Untersuchungen MEIROWSKYS, der das Pigment der Cutis in bindegewebigen Zellen, also in demselben Sinne autochthon, wie das Epidermispigment in den Epidermiszellen entstehen läßt, heranziehen. Hier eine bestimmte Entscheidung zu fällen, scheint mir noch verfrüht.

Auch die Desmoplasielehre KROMAYERS halte ich noch nicht für spruchreif. Den sehr ablehnenden Standpunkt, den manche Autoren KROMAYER gegenüber vertreten, halte ich nicht für berechtigt. Ich finde nur, dafs sich die Naevusbilder auch anders erklären lassen, als KROMAYER und JUDALEWITSCH wollen, aber einer eingehenden Nachprüfung, die auch anderes Material als weiche Naevi zum Vergleich heranzieht, scheinen die Erörterungen dieser Autoren doch wohl wert, denn es ist nicht zu leugnen, dafs gewisse Befunde im Naevus sich zwar auch ohne Annahme einer Desmoplasie erklären lassen, dafs aber die Annahme einer solchen diese Befunde einfacher erklärt. Von allen Naevusfragen scheint mir die mit der Desmoplasiefrage zusammenfallende die wichtigste. In neuester Zeit hat KROMAYERS Auffassung durch die Untersuchungen KROMPECHERS, der von anderem Material ausging, eine nicht unwesentliche Unterstützung erfahren. Daran dafs, wie KROMAYER in seinem oben erwähnten Vortrage hervorhob, vor ihm auch schon andere Autoren Befunde erhoben haben, welche für das Vorkommen einer Desmoplasie sprechen, sei hier nochmals erinnert.

---

## Literatur.


1. ABESSER, Über die Herkunft und Bedeutung der in den sog. Naevi der Haut vorkommenden Zellhaufen. Separatabdr. aus *Virchows Archiv*. 1901. Bd. 166.
2. ACHENBACH, Ein Fall von orbitalem Melanosarkom, ausgehend vom episkleralen Gewebe hinter dem Bulbus. *Virchows Archiv*. 1896. Bd. 143, S. 324.
3. AUDRY, Über die epitheliale Natur der Naevuszellen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900. Bd. 30, S. 409.
4. BAUER, Über endotheliale Hautwarzen und ihre Beziehungen zum Sarkom. *Virch. Archiv*. 1995. Bd. 142, S. 407.
5. BECK u. KROMPECHER, Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome usw. *Derm. Studien*. 1903. Heft 19.
6. BOGOLIUBSKY, ALEXANDRA, Über Pigmentflecken der Haut. Inaug.-Diss., Bern 1887.

7. BORST, Lehre von den Geschwülsten. Wiesbaden, Bergmann, 1902.
8. COHN, Zur Anatomie der Epheliden. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. 12.
9. DELISLE, De la transformation maligne des Naevi. *Thèse de Paris.* 1900.
10. DELBANCO, Epithelialer Naevus. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. 22, S. 105.
11. DEMIEVILLE, Über Pigmentflecken der Haut. *Virch. Archiv.* 1880. Bd. 81, S. 333.
12. EHRMANN, Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen usw. *Bibl. medica.* 1896. Abt. D II, H. 6. (Lit.)
13. — Pigmentanomalien in MRAČEKS *Handb. d. Hautkrankh.* 1905. Bd. II, S. 750.
14. ESSER, Über einen seltenen Rückenmarkstumor. *Münch. med. Wochenschr.* 1906.
15. FAVERA, DALLA, Ein Beitrag zur Kenntnis der Pigmentnaevi. *Zieglers Beitr.* 1908. Bd. 43, S. 43.
16. FICK, Zur Kenntnis der weichen pigmentierten Naevi. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. Bd. 59.
17. FILANDEAU, Etude sur les naevi et particulierement sur les naevi pigmentaires. *Thèse de Paris.* 1893.
18. FOSTER, A unique case of congenital multiple Naevus pigmentosus. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1899.
19. FOX, Researches into the origin and structure of moles. *The Brit. Journ. of Derm.* 1906. Bd. 18, S. 1.
20. GILCHRIST, Are malignants gravts arising from pigmented moles of a carcinomatous or of a sarcomatous structure. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1899.
21. GREEN, Über Naevi pigmentosi und deren Beziehungen zum Melanosarkom. *Virchows Archiv.* 1893. Bd. 134, S. 331.
22. GRUND, Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigmentes. *Zieglers Beitr.* Supplementband 1905.
23. HEINZ, Neue Beiträge zur Kenntnis der Histologie der Naevi pigmentosi. Inaug.-Diss., Würzburg 1898.
24. HELLMICH, Experimenteller Beitrag zur Genese des Epidermispigments. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1907. Bd. 45, S. 134.
25. HERMANN, Zur Naevusfrage. VII. Kongreſs d. deutsch. derm. Ges. 1901.
26. HERXHEIMER u. BORNEMANN, Neoplasmen der Haut in LUBARSCH-OSTERTAGS Ergebnissen. 1907. Jahrg. X, S. 45.
27. — u. HILDEBRAND, ibid. 1902. Jahrg. VII.
28. — u. LOETSCH, ibid. 1897.
29. HODARA, Das Verhalten der Epithelfaserung während der Entwicklung der weichen Muttermäler usw. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897. Bd. 25, S. 205.
30. JADASSOHN, Bemerkungen zur Histologie der systematisierten Naevi usw. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. 33, S. 355.
31. JOHNSTON, Melanoma. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1905.
32. JOSEPH, Über Naevocarcinome. Festschrift für NEUMANN. Wien, Deuticke, 1900.
33. — Gutartige Neubildungen in MRAČEKS *Handb. d. Hautkrankh.* 1903. (Lit.)
34. JUDALEWITSCH, Zur Histogenese der weichen Naevi. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. 58, S. 15.
35. KROMAYER, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 19.
36. — Zur Histogenese der weichen Hautnaevi. *Derm. Zeitschr.* 1896. Bd. 3, S. 263.
37. — Erwiderung auf den Aufsatz von Prof. RIBBERT. *Zieglers Beitr.* 1897. Bd. 22, S. 412.
38. — Die Parenchymhaut und ihre Erkrankungen. *Arch. f. Entwicklungsmech.* 1899. Bd. 8.

39. Kromayer, Die Desmoplasie der Epithelzellen usw. Verh. d. deutsch. pathol. Ges. 7. Tagung. 1904.
40. — Neue biologische Beziehungen zwischen Epithel und Bindegewebe. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. Bd. 62, Bd. 299.
41. — Die Dermoplasie der Epithelzellen in der menschlichen Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Bd. 41, S. 477.
42. Krompecher, Der Basalzellenkrebs. Jena, Fischer, 1903.
43. — Über Verbindungen, Übergänge und Umwandlungen zwischen Epithel, Endothel usw. *Zieglers Beitr.* 1905. Bd. 37, S. 28.
44. — Über die Beziehungen zwischen Epithel und Bindegewebe usw. *Zieglers Beitr.* 1908. Bd. 44, S. 131.
45. Kyrle, Über einen Fall von Naevosarkom mit besonderer Berücksichtigung der Tumormatrix. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908. Bd. 90, S. 131.
46. Larass, Beiträge zur Kenntnis der melanotischen Neubildungen. Arb. aus dem pathol. Institut in Posen. 1901.
47. Loening, Über sarkomähnliche Umwandlung in einem suprarenalen Nierentumor. *Zieglers Beitr.* 1908. Bd. 44, S. 17.
48. Löwenbach, Beitrag zur Histogenese der weichen Hautnaevi. *Virchows Archiv.* 1899. Bd. 157, S. 485.
49. Martini, Beitrag zur klinischen und anatomisch-pathologischen Kenntnis des Melanosarkoms. *Zeitschr. f. Krebsforschung.* 1908. Bd. 6, S. 200.
50. Maurer, Die Epidermis und ihre Abkömmlinge. Leipzig 1895.
51. Meirowsky, Die Entstehung des Oberhautpigments usw. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1906. Bd. 42, S. 541.
52. — Zweiter Beitrag zur Pigmentfrage. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 43.
53. — Dritter „ „ „ Ibid.
54. — Über den Pigmentierungsvorgang bei Regeneration der Epidermis nach der Finsenbestrahlung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1907. Bd. 44, S. 111.
55. — Über den Ursprung des melanotischen Pigments der Haut und des Auges. Leipzig, Klinkhardt, 1908. (Lit.)
56. — Über Pigmentbildung in vom Körper losgelöster Haut. *Frankf. Zeitschr. f. Pathol.* 1909. Bd. 2, S. 438.
57. Mendes da Costa en van Praag, *Leerboek der Dermatologie.* 1902.
58. Mertsching, Histologische Studien über Keratohyalin und Pigment. *Virchows Archiv.* 1889. Bd. 116, S. 484.
59. Meyersohn, Zur Pigmentfrage. *Virchows Archiv.* 1889. Bd. 118, S. 197.
60. Migliorini, Untersuchungen über weiche Naevi. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1904. Bd. 70, S. 413.
61. Möller, Naevusstudien. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. Bd. 62, S. 55.
62. Oberndorfer, Pigment und Pigmentbildung. Lubarsch-Ostertags Ergebn. 1908. XV. Jahrg., S. 460.
63. Payr, Melanom des Penis. *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* 1899. Bd. 53, S. 221.
64. Pick, L., Einige Rückenmarkstumoren. *Berl. klin. Wochenschr.* 1906.
65. Pini, Ein Fall primärer Hautsarkomatose. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 61, S. 103.
66. v. Planner, Ein Fall von Naevus congenitus usw. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1887. S. 449.
67. Pol, Zur Kenntnis der Melanose usw. *Zieglers Beitr.* Supplem. 1905
68. Pollio, Über Pigmentnaevi. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1906. Bd. 80, S. 47.
69. Ravenna, Beitrag zur Histogenese der melanotischen Hautgeschwülste. *Virchows Archiv.* 1903. Bd. 171, S. 79.

70. Ravogli, Multiple nodular melanocarcinoma of the skin from a Naevus. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1901.
71. Reboul, Sur les transformations et degeneresceuses des naevi. *Arch. gén. de med.* 1893.
72. v. Recklinghausen, Über die multiplen Fibrome der Haut usw. Berlin 1882.
73. Reines, Zur Kenntnis der Basalzellencarcinome usw. *Zieglers Beitr.* 1906. Bd. 39, S. 99.
74. Renoul, Des épithéliomes développés sur les naevi. *Thèse de Paris.* 1892.
75. Respighi, Sulla transformabilitate dei nei usw. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1894. (Zit. nach Migliorini und Dalla Favera.)
76. Ribbert, Über das Melanosarkom. *Zieglers Beitr.* 1897. Bd. 21, S. 471.
77. — Geschwulstlehre. Bonn, Cohen, 1904. S. 255 u. ff.
78. — Beiträge zur Entstehung der Geschwülste. Ergänzung zur Geschwulstlehre. Bonn, Cohen, 1906.
79. Ribcke, Zur Naevusfrage. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1903. Bd. 65, S. 64. (Lit.)
80. Rössle, Der Pigmentierungsvorgang im Melanosarkom. *Zeitschr. f. Krebsforsch.* 1904. Bd. 2, S. 291.
81. Sachs, Beiträge zur Histologie der weichen Naevi. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1903. Bd. 66, S. 101.
82. Samson, Über Naevus fibromatosus. Inaug.-Diss., Leipzig 1900.
83. Schalek, A contribution to the Histogenesis of melanosarcoma of the skin. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1900.
84. Scheuber, Über den Ursprung der weichen Naevi. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. Bd. 44, S. 175.
85. Schütz, Naevusbilder und -betrachtungen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. Bd. 63, S. 63.
86. Sergent, Considerations générales sur les tumeurs et le pigment mélanique usw. *Arch. gén. de med.* 1902.
87. Soldau, Über die Beziehungen der Pigmentmäler zur Neurofibromatose. *Langenbecks Arch.* 1899. Bd. 59.
88. Tailhefer, Le Naevocarcinome. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1897.
89. Unna, Naevi und Naevocarcinome. *Berl. klin. Wochenschr.* 1893.
90. — Histopathologie. S. 746 u. ff., S. 1147 u. ff.
91. — Zur epithelialen Abkunft der Naevuszellen. *Virchows Archiv.* 1896. Bd. 143, S. 224.
92. — Die epitheliale Natur der Naevuszellen; Vortrag. Tag. d. anat. Ges. in Gent. *Anat. Anz.* Ergänzungsband 1897.
93. — Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut. 1901. Heft 5.
94. Vuilleumier, Etude sur la pigmentation de la peau dans quelques cas de mélano sarcoma. *Zieglers Beitr.* 1898. Bd. 23, S. 598.
95. Waelsch, Über die aus weichen Naevi entstandenen bösartigen Geschwülste. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. 49, S. 249.
96. Whitfield, On the origin of the so-called Naevus cells usw. *The Brit. Journ. of Derm.* 1900. S. 268.
97. Wiener, Über ein Melanosarkom des Rektum usw. *Zieglers Beitr.* 1899. Bd. 25, S. 322.
98. Wieting u. Hamdi, Über die physiologische und pathologische Melaninpigmentierung und den epithelialen Ursprung der Melanoblastome. *Zieglers Beitr.* 1907. Bd. 42, S. 23.
99. Zaaijer, Beitrag zur Kenntnis von dem Ursprung und dem Bau der Naevuszellen und Naevustumoren. Inaug.-Diss., Leiden 1903.
100. Zieler, Über die experimentelle Erzeugung eines Naevus pigmentosus. Verh. d. deutschen pathol. Ges. 11. Tagung. 1907.

## Nachtrag.

Nachstehende Abbildung gehört zu der in Heft 7 erschienenen Arbeit:

### Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutanea (Riehl und Paltauf) des Unterschenkels nebst histologischer Untersuchung.

Vorgestellt in der Kais. Ottomanischen Medizinischen Gesellschaft.

Von

Dr. Menahem Hodara.



---

# Versammlungen.

## Verhandlungen der Deutschen pathologischen Gesellschaft.

12. Tagung, gehalten in Kiel vom 23. bis 25. April 1908.

**Die Veränderungen eines Adenocarcinoms der Ratte bei der Transplantation,** von Lewin-Berlin. Dasselbe führt bei seiner weiteren Überimpfung in der dritten Generation zur Bildung eines Cancroids, in der fünften zur Entstehung eines Sarkoms. Zur Erklärung nimmt L. an, dafs ein von den Krebszellen ausgehender Reiz sowohl die Epidermis, als auch die Bindegewebszellen der geimpften Tiere zu krebsiger resp. sarkomatöser Wucherung anregt. Die Abkunft der Sarkomzellen von gewucherten Endothelien ist wahrscheinlich.

**Über ein malignes Myom der Haut,** von Zieler-Breslau. Es handelte sich um einen weichen, schmerzlosen, hämorrhagisch gefärbten Tumor der Wangenhaut einer 67jährigen Frau, dessen Zentrum erweicht war. Mikroskopisch zeigte der Tumor an einzelnen Randbezirken das typische Bild des einfachen Myoms. Nach der Mitte zu geht er aber über in ein aus Spindel-, Rund- und Riesenzellen verschiedenster Gestalt zusammengesetztes Gewebe, „dafs wohl ein sarkomähnliches Aussehen hat, aber kein Sarkom ist, sondern als malignes Myom bezeichnet werden mufs." Dabei waren die Myomzellen in das Cutisgewebe sowie in hyaline Gefäfse gewuchert.

In der Diskussion erwähnt Benecke ein Hautmyömchen, das sich aus der Muscularis einer Arterie entwickelt hatte. Rob. Meyer will solche Tumoren, wie sie Zieler beschreibt, muskelzellige Sarkome nennen. Fränkel und Dürr erwähnen teils ein reines Fibromyom des Uterus mit Lungenmetastasen, teils ein nicht sarkomatöses Uterusmyom, das säulenförmig in die Vena uterina, in die untere Hohlvene und kontinuierlich in den rechten Herzvorhof gewachsen war.

**Über akute knötchenförmige syphilitische Leptomeningitis und über syphilitische Arteriitis der Hirnarterien,** von Dürck-München. Diese Art der syphilitischen Meningitis zeigt grofse Ähnlichkeit mit der tuberkulösen. Sie befällt ebenfalls vorwiegend die Basis, kann aber sekundär auf die Konvexität übergreifen. Die Knötchen bestehen entweder nur aus perivaskulär angeordneten Rundzellenhaufen oder aus echten, zentral verkäsenden Gummen. Die Intimawucherung bei der syphilitischen Arteriitis nimmt ihren Ausgang (oft unabhängig von der Periarteriitis) von der Langhansschen Zellschicht und nicht vom Endothel. Die Elastikaneubildung kann durch echte Neubildung elastischer Fasern und Differenzierung aus dem gewucherten Intimagewebe erfolgen.

In der Diskussion bezweifeln Lubarsch, Schmorl und Henke die syphilitische Natur der Knötchen. Simmonds ist der Ansicht, dafs es sich trotz des Spirochätennachweises in einem Falle doch um tuberkulöse Meningitis handeln kann, da bei Lues congenita auch in nicht luetisch erkrankten Organen Spirochäten nachweisbar sind.

**Über „toxische Tuberkulosen", der Haut (Tuberkulinimpfungen nach von Pirquet, Tuberkulide),** von Zieler-Breslau. Z. behandelt in diesem Vortrag die Frage, ob die tuberkulösen Veränderungen, wie sie durch die Pirquetsche Tuberkulinimpfung hervorgerufen werden, d. h. Tuberkel mit Langhansschen Riesenzellen im Verlauf der Gefäfse mit seltener Bildung von Nekrose durch corpuskuläre Elemente, also durch Bazillentrümmer erzeugt werden. Er kommt zu dem Schlusse, dafs dies nicht der Fall ist, sondern dafs es sich nur um die Wirkung gelöster, im Tuberkulin

enthaltener Stoffe handeln kann, die allerdings keine Toxine im engeren Sinne zu sein brauchen und die sehr wohl Endotoxine sein können.

In der Diskussion bezweifelt v. BAUMGARTEN, daſs es möglich sei, Tuberkuline so zu filtrieren, daſs sie frei von corpuskulären Elementen seien. Ihm sei es nie gelungen, durch rein gelöste Substanzen Riesenzellenknötchen zu erzeugen.

**Über den Einschluſs elastischer Fasern in die Epidermis**, von ZIELER-Breslau. Z. konnte nachweisen, daſs der Einschluſs elastischer Fasern in atypisch wuchernde Epithelmassen vorkommt, denen jede Beziehung zu carcinomatösen Bildungen fehlt. Der Einschluſs kommt dadurch zustande, daſs bei einer unvöllständigen Nekrotisierung das neugebildete lebhaft wuchernde Epithel in die zugrunde gehenden Bezirke eindringt und die am längsten der Nekrose widerstehenden elastischen Fasern umwächst (z. B. bei lupösem Gewebe, daſs durch die Quarzlampe bestrahlt wurde). Bei der Dauerreaktion nach VON PIRQUET und bei sich überhäutenden Granulationsflächen kann dasselbe beobachtet werden.

**Über das Sclerema neonatorum**, von R. BAYER-Zürich. Die Untersuchung des Unterhautfettgewebes mehrerer Kinder mit adipösem Sklerem (d. h. diffuser, brettharter Infiltration, Blässe und Trockenheit der Haut) ergab eine angeborene spezifische Verminderung des Ölsäuregehaltes des Unterhautfettgewebes. *Gunsett-Straſsburg.*

---

## Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. POLLITZER-Wien.

Sitzung vom 27. Januar 1909.

FASAL zeigt ein 24jähriges Mädchen, das an der vorderen und seitlichen Halshaut und von hier auf die Ingulargegend, die Thoraxwand besonders dicht gegen die Achselfalten ausstrahlend, in der Haut zahlreiche einzelnstehende, zum Teil in Gruppen und Reihen angeordnete, stecknadelkopf- bis kleinlinsengroſse, deutlich gelb durch die unveränderte Haut durchscheinende derbe Knötchen zeigt. Die Farbe gestattet wohl die Diagnose eines **Xanthoma tuberosum multiplex**; die histologische Untersuchung muſs erst vorgenommen werden. Im Urin kein Zucker oder Eiweiſs.

Diskussion: NOBL möchte mit Rücksicht auf die glatte Oberfläche der Knötchen nicht ganz sicher die Diagnose stellen und erst die histologische Untersuchung abwarten.

NOBL demonstriert ein 25jähriges Mädchen mit nachgewiesener Spitzeninfiltration, wiederholter Hämatemesis und Lymphomen am Halse und in den Axillen. An der Streckseite der oberen Extremitäten ein typisches **papulo-nekrotisches Tuberkulid** von den ersten Knötcheninfiltraten bis zu den nekrotischen Geschwürchen und pigmentierten Narben. Besonders stark ausgebildet sind aber an den unteren Extremitäten neben den oberflächlichen viele tiefliegende, gröſsere Infiltrate, zum Teil ulceriert mit tiefen, dehiscierenden Geschwüren, also ein **Erythema induratum BAZIN**.

REINES (Abteilung Prof. EHRMANN) stellt einen Mann vor, der vor einem Jahre an den Unterschenkeln ein ausgebreitetes **Erythema induratum BAZIN** hatte, welches auf Röntgenbestrahlung rasch zurückging. Jetzt bildeten sich an den Oberschenkeln derbe, bis haselnuſsgroſse, druckschmerzhafte Infiltrate, zum Teil oberflächlich, wobei die Haut darüber braunrot verfärbt ist oder auch schon beginnende Ulceration zeigt, zum Teil aber wie in der Glutäalgegend sehr tief und nur dem Tastgefühl zugänglich. Es finden sich so Übergangsformen zwischen dem Erythema induratum und den subcutanen Sarkoiden BOECKS, die als Tuberkulide aufzufassen sind, bis zu Formen des Lupus pernio, welcher mehr als direkte Tuberkulose der Haut betrachtet wird. Die Lokalisation am Gesäſs gehört zu den seltenen, ist aber auch im Handbuch von MRAČEK erwähnt. Sonstige Zeichen von Tuberkulose sind nicht vorhanden.

Diskussion: Ehrmann zweifelt nicht, dafs die Zahl der Tuberkulide früher ebenso zahlreich war und in Kombination mit anderen tuberkulösen Prozessen beobachtet wurde. Er sah sie an den verschiedensten Stellen, Oberschenkel, Bauchhaut, letzthin auch in Verbindung mit einem Lupus erythematosus disseminatus, so dafs ein gewisser Zusammenhang aller dieser Formen wohl sicher ist.

Grünfeld demonstriert:

1. den im November 1908 vorgestellten Patienten mit **Lues gummosa** am Hoden, der rechten Clavicula, dem Sternum und der linken zehnten Rippe; vor 14 Tagen trat entsprechend den gummösen Veränderungen der zehnten Rippe eine **Spontanfraktur** ein, die sich klinisch und durch einen deutlichen Röntgenbefund nachweisen liefs. Solche Fälle wurden hier von Ehrmann 1901 an der Clavicula, von Körbel 1907 an der Rippe vorgestellt.

Diskussion: Ehrmann sah aufser dem erwähnten noch zwei Fälle, einen mit einem zentralen Gumma im Knochenmark und Durchbruch des Gumma zwischen dem rarefizierten Knochen der Spongiosa, und einen zweiten bei einem 29jährigen Mann, der lange als Scrophuloderma behandelt wurde, wegen eines dabei aufgetretenen Jodoformekzems zur spezialistischen Behandlung kam und als Lues gummosa erkannt wurde. Wegen der bestehenden Knochenschwellung wurde dann der Arm massiert und bei einer solchen Massage eine Fraktur erzeugt; die Infektion des Patienten war im Säuglingsalter durch die Amme erfolgt, eine spezifische Behandlung nicht angewendet worden.

2. einen 26jährigen Mann mit einer hellergrofsen, alopecischen Stelle oberhalb des linken Ohres. die sich bei näherem Zusehen aus zwei erbsengrofsen, erhabenen, spärlich behaarten Flecken mit schmalem, haarlosem Hof zusammensetzt; es handelt sich um eine **kongenitale Alopecia circumscripta**, wie sie von Dubreuilh als **Alopecie naevique** bezeichnet wurde.

Kren zeigt eine 34jährige Frau, die in der sonst nicht veränderten, vielleicht leicht straffen Haut des Gesichtes und Halses sowie an den Ohren zahlreiche gröfsere und kleinere, lebhaft rote Flecke hat, die sich aus vielen feinen, netzförmigen, zum Teil zu Knötchen gruppierten **Teleangiektasien** zusammensetzen. Hände leicht cyanotisch und geschwollen, kalt. Diese Erscheinungen deuten um so eher auf eine **beginnende Sklerodermie,** als die Veränderungen an den Lippen deutlich ausgesprochen sind; daselbst sind Haut und Schleimhaut blafs, rigid, mit starken Impressiones dentineae und den analogen Teleangiektasien.

Diskussion: Ehrmann hat solche Teleangiektasien als beginnende Zeichen von Sklerodermie noch nie gesehen; dagegen sind auf der Brusthaut, besonders über dem Sternum, blasse, pigmentarme Streifen und Flecken zwischen hyperpigmentierten Stellen zu sehen, wie sie eher als Beginn von Sklerodermie, besonders der diffusen Form, vorkommen.

Oppenheim demonstriert einen **Lichen ruber planus,** über den ganzen Körper ausgebreitet, auch an der Mundschleimhaut; interessant ist die durch mechanische Reizung hervorgerufene Lokalisation in langen Streifen an zerkratzten Stellen des Vorderarmes und besonders ein Streifen an der linken unteren Extremität von der Innenseite des Oberschenkels bis zu den Knöcheln über dem ganzen Verlauf der varikösen Vena saphena. Einen ähnlichen Fall aus seiner Ambulanz bringt

Balban bei einer 40jährigen Frau, einen über den ganzen Körper ausgebreiteten **Lichen ruber planus** mit mehreren streifenförmigen, verrukösen Plaques über den varikösen Venen der Unterschenkel.

Königstein (Abteilung Prof. Ehrmann) stellt einen Fall von **Lichen ruber planus** vor, der durch seine fast diffuse Ausbreitung und dichte Anordnung über den ganzen Körper auffällt. Neben den etwas heller gefärbten, kleinen, glänzenden, fast

konfluierenden Einzelknötchen auch viele typische, braunviolette Papeln und Plaques, besonders an den Vorderarmen und am Genitale. Starke Beteiligung der Mundschleimhaut. In den Fufssohlen ist eine starke, zum Teil streifenförmige Schwielenbildung mit mächtiger Hyperkeratose, in welche vom Rande her die blaurot verfärbten, flachen Formen hineinreichen, wohl als Arsenhyperkeratose anzusprechen.

Diskussion: NOBL: Die Diagnose ist bei singulären hyperkeratotischen Stellen über Varicen nicht immer leicht; oft sind Verwechselungen mit dem Lichen simplex chronicus möglich.

ULLMANN: Die Auffassung der Koinzidenz des Lichen ruber planus mit den Varicen als Druck derselben auf die Haut und hierdurch provozierte Reizung ist ja naheliegend; aber es ist wohl eher an eine Diffusion der toxischen Noxe über der Stelle des gestörten Kreislaufes zu denken, da der Lichen ruber als Autointoxikationsdermatose aufzufassen ist. Die Hyperkeratose im letzten Falle halte ich für eine Folge des Lichen ruber, nicht durch Arsen erzeugt, bei dem dieselbe mehr in umschriebenen, kleineren Herden auftritt.

EHRMANN möchte auf ULLMANNS hypothetischen Erklärungsversuch nicht eingehen; jede mechanische Reizung ruft leicht die Entstehung von Lichenknötchen hervor, auch die durch Varikositäten vorgewölbte Haut ist leicht stärkerem Druck und Reibung ausgesetzt. Diese mechanische Erklärung trifft auch bei Psoriasis für manche strich- und streifenförmig angeordnete Formen zu, die von BLASCHKO als Folge von angeborener Anlage der metameren Grenzlinien betrachtet werden, oft aber durch Druck an Knochenkanten entstehen. Bei dem aus meiner Abteilung vorgestellten Fall liefs die diffuse Ausbreitung, die mehr hellrote Farbe und bestehende Drüsenschwellungen anfangs an eine **Erythrodermie generalisée** denken; doch sind diese Erscheinungen leicht ebenso wie die Hyperkeratose mit der umgebenden Rötung aus der Arsenwirkung zu erklären.

WEIDENFELD hält diesen Fall beim Mangel an singulären Effloreszenzen eher für ein prämykotisches Exanthem, das durch Arsen in Rückbildung begriffen ist.

OPPENHEIM glaubt, dafs Lokalisationen an den Streckseiten bei gewissen Krankheiten vielleicht durch stärkere Inanspruchnahme der Extension und so provozierte Entzündungsvorgänge, die sich auch histologisch nachweisen lassen, erklärt werden können; über Varicen sind es sicher mechanische Störungen, wie die starken Veränderungen des histologischen Bildes zeigen, nicht diffundierende toxische Substanzen.

KREN demonstriert eine 46jährige Frau mit einem **Lichen ruber planus**, der nach einer Arsenkur mit ausgedehnten, vielfach diffusen Pigmentierungen ausheilte, daneben aber frische einzelne und zu grofsen Plaques konfluierte, vielfach schon wieder pigmentierte und schuppende Herde, besonders in den Mammafurchen, zeigt. In den Hohlhänden und an den Vorderarmen umschriebene Verdickungen der Hornschicht in Form kreisrunder Effloreszenzen, während an den Handrücken erbsengrofse, derbe, verruköse, von einem roten Hof umgebene Knötchen zerstreut sind.

BALBAN (aus der Ambulanz des Doz. OPPENHEIM) zeigt ein 22jähriges Mädchen mit einem feinschuppenden, hellergrofsen, rotbraunen, wenig elevierten Infiltrate an der Nasenspitze, das trotz Mangels einzelner Knötchen als **Lupus vulgaris** zu diagnostizieren ist. Am Halse Narben nach Scrophuloderma.

Diskussion: WEIDENFELD und NOBL halten die Affektion für einen Lupus erythematosus wegen der dünnen Schuppen und zweier in der Umgebung des Hauptherdes gelegener kleiner, flacher, lebhaft roter und feinschuppender Infiltrate.

OPPENHEIM: Der grofse Herd mit seiner tumiden Konsistenz läfst bei Glasdruck deutlich einzelne Knötchen erkennen; doch möchte ich die sichere Entscheidung der histologischen Untersuchung vorbehalten.

Reitmann stellt (aus der Klinik Riehl) eine Frau mit **Morbus Addisoni** vor. Die Pigmentierungen begannen vor $1^1/_2$ Jahren im Gesicht ähnlich einem Chloasma, sind jetzt stark ausgebreitet an den Extremitäten, Axillen und kleinen Labien, setzen überall ziemlich scharf gegen die Umgebung ab; auch an der Schleimhaut der Wangen, besonders an der Zahnschlufslinie, am Zungenrand und -Rücken sind dunkle Pigmentierungen. Daneben bestehen als Allgemeinsymptome Adynie und Blutdruckherabsetzung. Bezüglich der Ätiologie ist zu bemerken, dafs in Analogie mit anderer durch Tuberkulose erzeugter Pigmentierung auch die des Morbus Addisoni als reine Intoxikationspigmentierung aufgefafst wurde; aber die letzten Untersuchungen haben ergeben, dafs jede Affektion der Nebenniere, auch im Carcinom, sowohl des Markes als der anderen chromaffinen Substanz, genügt, um diese Veränderung zu erzeugen.

Diskussion: Weidenfeld fand Pigmentierungen an der Mundschleimhaut, an und unter der Zunge in der Nähe von Venen bei dunkelgefärbten Leuten, auch Kindern bei vielen anderen Prozessen, wie Epheliden, Vagabundenhaut.

Kren: Schleimhautpigmentationen bei dunkelpigmentierten Menschen und Rassen (Zigeunern) sind ja nicht selten und nicht allein für den Morbus Addisoni charakteristisch; sie wurden als für diesen typisch auch im Gegensatze zur Sklerodermie betont. Doch sah ich Schleimhautpigmentierungen bei Sklerodermie ohne Hämorrhagien, um welche und an deren Stelle sich dann mit Atrophie Depigmentierungen entwickelten. Solche Pigmentierungen sind auch bei Tabakkauern physiologisch.

Ehrmann: Pigmentierungen der Mundschleimhaut können bei lichten Leuten fehlen, während sie bei dunklen physiologisch vorkommen. Beim Morbus Addisoni ist noch zu bemerken, dafs die Kopfhaut, wo blofs die Haare, nicht aber die Haut Pigmentzellen enthält, nie pigmentiert ist und sich durch ihre helle Farbe gegen die Pigmentierung an der Stirn scharf absetzt.

Mucha (Klinik Finger) stellt ein junges Mädchen, das an beiden Handtellern und Fufssohlen angeborene, pigmentierte **Naevi** mit Gefäfsektasien und starker Hyperkeratose hat; dieselben werden mit lokalen, intracutanen Injektionen von Thiosinamin (1 ccm einer Lösung (0,1 : 1000) erfolgreich behandelt, welche Therapie von Spietschka und Riedl für **Verrucae** angegeben wurde.

Scherber (aus der Klinik Finger) demonstriert:

1. einen **Pemphigus pruriginosus** bei einer 56jährigen, stark abgemagerten Frau. Derselbe begann vor sechs Monaten unter starkem Jucken mit dem Aufschiefsen von erbsengrofsen Blasen, die aber immer rasch eintrocknen, grauweifse, sich leicht ablösende Schuppen bilden und unter dunkelbraunen Pigmentationen abheilen, welche jetzt dicht Gesicht, Brust und Rücken bedecken.

2. einen **Lupus erythematosus disseminatus** in Form zahlreicher linsen- bis hellergrofser, roter, flacher Herde, am Ohr mit feinen, festhaftenden Schuppen; die Effloreszenzen sind an der Nasenwurzel, Oberlippe und Stirn gruppiert. Dabei eine Infiltratio tuberculosum pulmonum.

3. eine 32jährige Frau mit einem pustulösen, **hypertrophischen Syphilid** in der behaarten Kopfhaut des Vorderkopfes gruppiert.

Kren (Klinik Riehl) zeigt:

1. ein **Erythema multiforme bullosum**, vor wenigen Tagen unter Fieber mit Blasen an den Armen, am Genitale und Kopf aufgetreten; jetzt hat sich dazu eine starke **Purpura** gesellt.

2. einen seit drei Jahren bestehenden **Pemphigus pruriginosus** mit zahlreichen Blasen am Stamm und den Extremitäten; daneben noch frische Exkoriationen und zahlreiche sepiabraune, den Blasen entsprechende runde, an den unteren Extremitäten auch strichförmige Pigmentationen.

Sitzung vom 10. Februar 1909.

SACHS stellt vor:

1. einen **Lichen ruber planus** am Stamm und den Extremitäten, an den Unterschenkeln leicht verrukös, seit einem halben Jahre bestehend.

2. einen **Lichen ruber planus** mit mehr singulären, annulären Herden an den Armen, am Penis und Skrotum, seit einem Jahre bestehend. Schleimhaut frei.

3. einen Fall zur Diagnose; bei einem 54jährigen Gasarbeiter begann die Affektion vor drei bis vier Monaten mit einem zum Teil psoriasiformen Exanthem am Stamm und den oberen Extremitäten, vielfach andererseits mit erythematösen, leicht dünn schuppenden Effloreszenzen; an Stelle dieser Erytheme entwickelte sich dann eine mehr diffuse Rötung, fleckig und ringförmig, so besonders an den Seitenflächen des Thorax und den Armen. An Stelle dieser mehr diffusen Erytheme entwickelten sich dann atrophische Erscheinungen mit feiner Fältelung der Haut und vitiliginösen Depigmentierungen in den zentralen Partien, während die Ränder braun hyperpigmentiert sind; innerhalb der depigmentierten Flecken bilden sich jetzt neue rote Flecken. Das histologische Bild zeigt leichte Entzündungserscheinungen mit Atrophie des Papillarkörpers, reichlichen Mast-, vereinzelten Plasmazellen und Melanoblasten.

Es handelt sich wohl um den Beginn einer eigenartigen **Atrophia cutis idiopathica**, für welche auch die gleichzeitige Arteriosklerose spricht; die Untersuchung des Blutes und Urins bieten keinen bestimmten Anhaltspunkt für eine bestimmte Diagnose.

Diskussion: EHRMANN findet einzelne mehr diffuse Herde, wie an den Seitenflächen des Thorax und über den Darmbeinen, deutlich für das entzündliche Stadium der Atrophie, während die einzelnen Herde an den Extremitäten keine bestimmte Diagnose gestatten.

NOBL möchte die disseminierten Herde, die keine deutlichen Zeichen von Atrophie zeigen, eher für Vitiligo halten, wofür auch die im Bereiche der depigmentierten Stellen bestehende Canities spricht.

KÖRBEL stellt vor (aus der Abteilung des Primar. v. ZUMBUSCH):

1. einen seit zwei Monaten bestehenden **Lichen ruber planus** bei einer 30jährigen Frau mit charakteristischen Erscheinungen an der Wangenschleimhaut und am harten Gaumen.

2. einen **Pemphigus vulgaris** bei einem 41jährigen Mann; derselbe begann mit Erosionen an der Mundschleimhaut, zu welchen sich erst später zahlreiche zerstreute, zum Teil hämorrhagische Blasen am ganzen Stamm, später auch in Kreisen gruppierte, gesellten.

REINES demonstriert:

1. einen **Lichen ruber planus** an den Vorderarmen, am Penis und Stamm in einzelnen Knötchen und auch gröfseren psoriasiformen Herden. In den Handtellern sind die Effloreszenzen in Form kleiner schwieliger, hyperkeratotischer Knötchen. Der Patient leidet an Darmstörungen und zeigt eine starke Urticaria factitia.

2. einen 52jährigen Mann mit einem **Herpes zoster cervicobrachialis** neben einer sich in Streifen- und Fleckenform an den Händen und Ellenbogen ausdehnenden **Atrophia cutis idiopathica.**

OPPENHEIM zeigt:

1. einen Fall von konfluierten, orbikulären Herden eines **kleinpapulösen Syphilides** um die Mundwinkel und die Unterlippe auf das Lippenrot übergreifend; an den Mundwinkeln und der Zunge daneben eingezogene Narben und weifse Flecken. In der Anamnese der Frau angeblich keine Lues, aber zwei Abortus.

2. am linken Nasenflügel ein hellergroſses **Ulcus tuberculosum** mit leicht aufgeworfenen und unterminierten Rändern und eitrig belegtem Grunde; in der Umgebung keine Knötchen.

3. das **mikroskopische Präparat** des am 27. Januar von BALBAN als Lupus vulgaris nasi vorgestellten, von NOBL und WEIDENFELD als Lupus erythematosus angesprochenen Falles; das histologische Bild ergab den Befund eines **Trichoepitheliom** mit nestförmig um den Follikel angeordneten Epithelnestern und -Strängen.

NEUGEBAUER (aus der Ambulanz OPPENHEIM) demonstriert:

1. eine **Akne varioliformis.**

2. ein **orbikuläres Syphilid** am rechten Zungenrande. Infektion vor sechs Jahren.

ZUMBUSCH zeigt den schon wiederholt vorgestellten und auch publizierten Fall von ausgebreitetem **Syringocystadenom** (Fall WOZEDALEK).

NOBL demonstriert bei einer 36jährigen Frau einen seit acht Wochen bestehenden **Lichen ruber planus** an Stamm und Extremitäten in Form heller- bis guldengroſser, diffuser, bräunlichroter, leicht schuppender Flecken; von denselben irradiierende Knötchen und Streifen lassen den eigentlichen Charakter deutlich erkennen.

GRÜNFELD zeigt bei einem 31jährigen Mann an der linken Gesichtsseite einen kronengroſsen, stark geröteten und ödematös geschwollenen Herd, dessen atrophische Basis ebenso wie kleinere Nachschübe in der Umgebung die Diagnose eines **Lupus erythematosus** ermöglichen. Am Rande der rechten Ohrmuschel ein älterer Herd. Daneben eine Fistula ani tbc.

WINKLER demonstriert eine **Sklerose an der Skrotalhaut** mit Schwellung der Cruraldrüsen. Diese Lokalisation findet sich nach der Statistik NEUMANNS in 1 % der extragenitalen Sklerosen.

REITMANN (Klinik RIEHL) stellt vor:

1. eine **Ichthyosis follicularis universalis** mit zahlreichen kleinen Hornzapfen an den Follikeln; an der Stirn, den Axillen und Leistenbeugen konfluieren diese verdickten Hornmassen zu diffusen, graugrünlichen, schmutzigen Auflagerungen, die sich leicht abheben lassen; diese unterscheiden sich deutlich von eigentlichen Pigmentierungen, wie sie der Akanthosis nigricans eigen sind. An der behaarten Kopfhaut schrillerer Haarwuchs und in den Follikeln dunkle Hornzapfen, Die Erkrankung besteht seit frühester Jugend.

2. einen Patienten, der auch eine leichte Ichthyosis in Form eines Lichen pilaris hat. Bei demselben entwickelten sich am Stamm, besonders über der Magengrube und den Schultern, sowie an den Extremitäten meist in kreisförmigen Gruppen gestellte derbe, follikuläre Knötchen, die wohl an einen Lichen lueticus und eine follikuläre Ichthyosis denken lassen, beim Mangel der für Lues charakteristischen braunroten Farbe und einer eigentlichen Hyperkeratose, aber als **Lichen scrophulosorum** angesprochen werden müssen.

KREN (Klinik RIEHL) demonstriert:

1. eine **Mykosis fungoides**, seit dreiviertel Jahren bestehend. Dieselbe begann ohne eigentliches Exanthem mit heftigem Jucken. Erst später traten Rötungen auf, die sich ausbreiteten und zum Nässen führten. Bald traten auch scharfbegrenzte flache und mehr elevierte Infiltrate hinzu, besonders am Abdomen und der seitlichen Thoraxwand, zuletzt auch rasch erodierende und ulcerierte Tumoren. Der Blutbefund ist normal, nur in einzelnen Leukocyten finden sich vakuolenartige Bildungen.

2. eine 24jährige Frau mit **multiplen, symmetrischen Lipomen**, die seit einem Jahre an den oberen Extremitäten und dem Rücken in Form erbsen- bis bohnengroſser, nur vereinzelt schmerzhafter Knoten auftraten.

Ehrmann stellt den Mann vor, den er jüngst als **Lichen ruber universalis** mit **Erythem und Hyperkeratose ex usu arseni** demonstrierte; dagegen wurde eingewendet, dafs diese nicht durch Arsenwirkung, sondern vom Lichenprozefs selbst herrührten; dann, dafs überhaupt vielleicht eine **Erythrodermia exfoliativa generalisata** vorliege. Der Patient bekam inzwischen nur Tinct. chinae und lokal die Unnasche Karbolsalbe; darunter sind die diffusen Rötungen und die Hyperkeratose zurückgegangen. Von den durch die Arsenwirkung hervorgerufenen Erscheinungen verschwanden zuerst die starke Hyperämie und die durch die seröse Durchtränkung erzeugte Schwellung und zuletzt die Hyperkeratose. An Stelle der Erythrodermie ist als Folge des Lichen ruber und der Arsenwirkung eine starke Pigmentierung zurückgeblieben.

Riehl zeigt:

1. bei einer 30jährigen Frau vom Halse über die Schultern auf den Rücken und die vordere Thoraxfläche ausgebreitet zahlreiche stecknadel- bis insen- und hellergrofse, gelbbraune, ephelidenartige Pigmentierungen; einzelne sind leicht erhaben wie beim Naevus pigmentosus; dazwischen zerstreut auch hellrote, kleine angiomatöse und im Gesicht depigmentierte atrophische Stellen. Die Affektion gemahnt beim ersten Anblick an das Xeroderma pigmentosum oder den Morbus Recklinghausen, stellt aber nur eine besondere Form von **Naevus pigmentosus** vor, die als angeborene Mifsbildung ein Bindeglied zwischen den vorgenannten Affektionen ist; denn ich halte dafür, dafs auch beim Xeroderma eine angeborene Mifsbildung und Disposition vorliegt.

2. einen 18jährigen Patienten mit **Seborrhoe**, Akne im Gesicht und aufserdem **Psoriasis** am ganzen Körper. Der Fall kann als Beweis gelten, diese Krankheiten nicht blind zusammenzuwerfen.

Ehrmann stellt noch vor:

1. einen 40jährigen Mann, der neben einer Sklerose, Skleradenitis eine diffuse **Psoriasis guttata und nummularis** am ganzen Stamm und den Extremitäten und dazwischen deutliche **Papeln** zeigt.

Zum letzten Falle Riehls sei bemerkt, dafs die Seborrhoe ebenso wie bei Lues auch bei Psoriasis die Eruption frischer Effloreszenzen provozieren kann, ohne in bezug auf das Wesen mit derselben etwas gemein zu haben.

2. ein **Syphilid**, ausgebreitet im Gesicht bei einer bestehenden Seborrhoe.

Königstein (Abteilung Ehrmann im k. k. allgem. Krankenhaus) demonstriert eine **durch Lues verursachte perniciöse Anämie** bei einer 62jährigen Frau. Infektion vor 42 Jahren, letzte Behandlung vor zehn Jahren. Vor vier Jahren Auftreten der bestehenden Beschwerden: Blässe, Kopfschmerz und Auftreten von Auftreibungen an den Tibien, über denen auch pigmentierte Narben restieren. Der Blutbefund ergibt: 1200000 rote, 300000 weifse Blutkörperchen mit Makro- und Mikrocyten und Megaloblasten.

Fasal zeigt das mikroskopische Präparat von den als Xanthom angesprochenen kleinen Tumoren bei der letzthin vorgestellten Frau. Die Untersuchung bestätigte diese Diagnose nicht; die einzelnen Knötchen entsprechen vielmehr kleinen **Cysten**, welche vom Ausführungsgang der **Talgdrüsen** ausgehen.

---

# Fachzeitschriften.

## Dermatologische Zeitschrift.

1909. Heft 4.

1. **Zur Pathogenese des Lichen skrophulosorum**, von G. Nobl-Wien. N. hat in einer ziemlich grofsen Zahl von Fällen beobachtet, dafs Kinder mit tuberkulösen Haut-, Drüsen- und Knochenaffektionen auf perkutane Tuberkulinapplikation nach Moro (Einreibung 10%iger Alttuberkulinsalbe in eine Hautpartie des Thorax) mit dem Auftreten eines Exanthems reagierten, das weitgehende Ähnlichkeit mit dem Lichen skrophulosorum aufwies. Meist schon nach 12—24 Stunden war die mit der Salbe behandelte Hautstelle diffus gerötet und mit dicht aneinanderstehenden, mohnkopfgrofsen, sukkulenten Knötchen besät; Rötung und Knötcheneruption überschritten vielfach das Einreibungsgebiet ziemlich weit. Die Knötchenkuppen wiesen oft schon sehr bald, oft erst am dritten oder vierten Tage seröse Abhebungen auf, die nach kurzer Pustulation zu bräunlichen, glatten, die Knötchen haubenförmig bekleidenden, festen Börkchen eintrockneten. Im weiteren Verlaufe ging die diffuse intermoduläre Entzündung der Haut zurück, die vielfach den Follikeln entsprechenden Knötchen wurden flacher, bräunlich, gelbrot oder auch schmutzig grauweifs und liefsen feine Schilferung erkennen. Während das Exanthem in seinem Beginne sich als exsudative, mit Ödem und intensivem Erythem einhergehende, toxische Follikularentzündung darstellte und sich als solche deutlich von einer Lichenaussaat unterschied, glich es schon nach wenigen Tagen, nach dem Abklingen der ersten Reizerscheinungen, nach dem Abblassen der stärksten Röte, nach der konischen Konsolidierung der eintrocknenden Knötchen und nach dem Auftreten der interfollikulären Schilferung, morphologisch vollkommen dem Lichen skrophulosorum und blieb gleich diesem, ohne irgendwelche subjektive Störungen zu verursachen, Wochen hindurch unverändert bestehen. Die in vier Fällen vorgenommenen histologischen Untersuchungen ergaben, dafs es sich um akut einsetzende, streng an den Haarbalgapparat gebundene, exsudative Vorgänge handelte, die in der Höhe des Papillarkörpers und der subpapillaren Schicht von dem nutritiven kapillaren Umspinnungsnetz der Haartrichter und des Arrector pili ihren Ausgang nahmen. Die sich stets auf die Breite mehrerer Papillen erstreckenden Infiltrate zeigten häufig Knötchenform und die Gestalt von Umscheidungscylindern der Haartrichter, doch waren überall auch in die weitere Peripherie reichende, zwischen den gedunsenen, stark durchfeuchteten Papillenkuppen und den tieferen Kollagenschichten liegende perivaskuläre Zellschwärme zu beobachten. In den Verdichtungsherden waren die gewucherten Gefäfszüge deutlich erhalten. Die Exsudatherde resultierten in erster Linie aus der Anstauung kleiner einkerniger Rundzellen, aus proliferierenden Bindegewebselementen und aus einer kleinen Zahl von Plasmazellen; an den Säumen fanden sich Mastzellen. Degenerationsvorgänge, wie sie den bazillären Formen der Hauttuberkulose zukommen und in der Verkäsung ihren klassischen Ausdruck finden, liefsen sich nicht nachweisen. Die Epithelschicht war stets in den Exsudationsprozefs einbezogen und zeigte einen von der Hornschicht nach abwärts abnehmenden äufserst regen Proliferationszustand. Die aufgefaserte, weiche, anfangs stark durchfeuchtete, in ihren basalen Schichten von Eiterzellen und deren Zerfallsformen durchzogene Hornlage überschichtete kuppenartig die vortretenden Follikularmündungen oder keilte sich in Form kompakter Pfröpfe in deren Trichter ein.

Wucherungsvorgänge des Keratohyalins gingen mit Degeneration der Körnchenzellen und entzündlicher Zellinvasion der aufgelockerten und auseinander geworfenen Schicht einher. In allen Fällen war die seropurulente Abhebung der Horndecke über den Follikeln und eine ähnliche exsudative Ablösung der hyperkeratotischen Taschenauskleidung deutlich ausgeprägt; dazu kam noch die Interkalierung miliarer Eiterherde in der Höhe der Keratohyalinschicht. — Ungefähr die gleichen Veränderungen finden sich bei dem Typus des Lichen skrophulosorum, dessen gewebliche Grundlage mit den vieldeutigen Merkmalen einer ganzen Reihe banaler und spezifischer Perifollikulitiden anderer Abstammung (Roseola granularis syphilitica, leprosa usw., Ekzema folliculare) zusammenfällt. Nur die intensivere Exsudation und die dichte, gehäuft auftretende Pustulation beim artefiziellen Tuberkulinexanthem ermöglicht histologisch eine gewisse, aber keineswegs ständige Sonderung gegenüber dem Lichen skrophulosorum. — Der Verlauf der beiden Hautaffektionen weist einen weitgehenden Parallelismus auf; gleich den Effloreszenzen des Lichen skrophulosorum können die follikulären Knötcheneruptionen des Tuberkulinexanthems Monate lang persistieren, allmählich zu einer pigmentierten Halonierung führen und, ohne Spuren zu hinterlassen, spontan abheilen. — In allen daraufhin untersuchten Fällen des artefiziellen Tuberkulinexanthems liefsen sich die bereits zurückgebildeten, nur mehr durch stärkere Verhornung und bräunliche Verfärbung kenntlichen Reaktionsstellen noch nach vielen Wochen durch subcutane Tuberkulininjektion zu intensiven Aufflackern bringen. Die gleiche Erscheinung ist bekanntlich auch bei der Follikulitis der Skrophulösen nachweisbar, zuweilen wird diese sogar erst durch die örtliche Tuberkulinreaktion manifest. In einem der beschriebenen Fälle von Knötcheneruption nach Einreibung der Tuberkulinsalbe schlofs sich an das typische, intensiv exsudative Reaktionsfeld in der Peripherie alsbald die Bildung weiterer Herde an, die in kurzer Zeit über die entsprechende Thoraxhälfte und den Rücken und später auch irradiierend über andere Regionen sich ausbreiteten. Es handelte sich in diesem Falle nicht um Provokation bisher nicht vorhandener Hautveränderungen, sondern um Sichtbarwerden latenter Lichenaussaaten durch die Tuberkulinreaktion; das bewies namentlich auch der gröfsere Gehalt der Knötchen an Riesenzellen, die bei einem akuten Prozefs nicht vorkommen.

Der Lichen skrophulosorum ist bisher schon zumeist zu den Tuberkuliden gerechnet worden. Dafs er durch reine Toxinwirkung verursacht wird, scheint die perkutane Tuberkulinreaktion zu beweisen; diese führt zu Krankheitsbildern, die nicht nur klinisch aufs genaueste die Grenzen des paratuberkulösen Exanthems einhalten, sondern auch histologisch und biologisch diesem vollkommen gleichen.

2. **Ein Fall von Framboesia tropica mit parasitologischen und experimentellen Untersuchungen,** von K. Löhe-Berlin. Nach einem kurzen Bericht über die wichtigsten Publikationen über die Spirochaeta pertenius und über die Beziehungen der Framboesia tropica zur Syphilis beschreibt L. einen Fall von Framboesie, der einen in Berlin lebenden, 20jährigen Neger vom ostafrikanischen Suahelistamme betraf. Darreichung von Jodkalium und sechs Atoxylinjektionen (à 0,3 der 10%igen Lösung) brachten die Wucherungen rasch zum Verschwinden, es blieben nur grofse, zum Teil konfluierende Kreise, deren Zentrum stark pigmentiert und deren Rand heller als die umgebende Haut war. In dem aus Effloreszenzen der Oberlippe gewonnenen Aspirationsserum wurde die Spirochaeta pertenuis in ungemein grofser Zahl gefunden; auffallend an den Spirochäten war eine auf dem Gipfelpunkt der zweit- oder drittletzten Windung befindliche, punktförmige, stark lichtbrechende Anschwellung, die auch im gefärbten Präparat als intensiv blau gefärbter Punkt zu sehen war. Der Versuch, die Framboesie auf Kaninchen zu überimpfen mifslang ebenso wie der Versuch, die Spirochaeta pertenuis in der Bauchhöhle von Affen zu züchten; der Grund dafür lag viel-

leicht in dem großen Reichtum des Saugserums an Streptokokken, die bei ihrer großen Wachstumsenergie die Spirochäten geschädigt und überwuchert haben mögen. Dagegen gelang die Übertragung der Framboesie auf Seidenäffchen. Bei einem dieser mit Framboesie infizierten Affen führte eine Impfung mit Saugserum aus einer syphilitischen Papel zur Entstehung eines spezifischen Ulcus, in dem sich die Spirochaeta pallida nachweisen ließs. Es sind also an Framboesie erkrankte Affen noch für Syphilis empfänglich. Umgekehrt können nach L.s Ansicht auch syphilitisch erkrankte Affen mit Framboesie infiziert werden, den Beweis dafür zu erbringen war L. aus äußeren Gründen nicht möglich. Gleich Neisser und seinen Mitarbeitern konstatierte L., daß mit Framboesiematerial geimpfte Affen anders beschaffene Primärläsionen aufweisen (spitzborkige Erhebungen mit papilliformem Grunde) als syphilitisch infizierte Tiere. Mit Neisser hält L. Syphilis und Framboesie für ätiologisch vollkommen differente Krankheiten. *Götz-München.*

---

**Archiv für Dermatologie und Syphilis.**

Bd. 94, Heft 2 u. 3.

1. **Über Impetigo contagiosa s. vulgaris, nebst Beiträgen zur Kenntnis der Staphylo- und Streptokokken bei Hautkrankheiten,** von Felix Lewandowsky-Hamburg. Experimentelle und bakteriologische Arbeit (über 60 Seiten), die in ihren Ergebnissen eine Bestätigung der Befunde Sabourauds bringt, dieselben aber vielfach ergänzt und modifiziert. So namentlich im Nachweis der quantitativen Überlegenheit der Strepto- über die Staphylokokken in fast allen impetiginösen Läsionen. In 100 bakteriologisch untersuchten Fällen von Impetigo vulgaris wurden immer Streptokokken gefunden, teils in Reinkultur, teils mit gelben Staphylokokken zusammen, diese aber an Zahl meist weit übertreffend. Ebenso wurde durch den positiven Inokulationsversuch gezeigt, daß Streptokokken tatsächlich Impetigo machen können. Ferner wurde aber das Sabouraudsche Gesetz, daß der Streptococcus seröse, der Staphylococcus eitrige Läsionen erzeugt, nicht bestätigt.

2. **Zur Kenntnis der Impetigo herpetiformis,** von G. Scherber-Wien. Übersicht über die Literatur, aus der hervorgeht, daß nur wenige der vielen Fälle, die den Titel „Impetigo herpetiformis" führen, wirklich mit dem von Hebra gezeichneten klassischen Typus übereinstimmen. Ein klassischer Fall bei einer 24jährigen Wöchnerin, der innerhalb vier Wochen zum Exitus führte, wird nebst der bakteriologischen und anatomischen Untersuchung berichtet. Mehrfach angelegte Kulturen aus dem Blut sowohl wie aus dem Bläscheneiter blieben steril, auch im Gewebe ließs sich kein Mikroorganismus nachweisen.

3. **Über Gangrän bezw. Abscedierung des Hodens und deren Beziehungen zur Blennorrhoe,** von Paul Mulzer-Berlin. M. bringt sechs Fälle aus der Buschkeschen Abteilung des Virchow-Krankenhauses, die teils bei Patienten mit blennorrhoischer Erkrankung der Urethra zur Beobachtung kamen und hier wohl sekundäre Komplikationen waren (Gonokokken wurden nie in den erkrankten Herden gefunden), teils ohne irgend ein ätiologisches Moment plötzlich entstanden und hier entweder im Anschluß an irgendwelche allgemeine oder von der Urethra ausgehende lokale Infektion sich entwickelt haben mögen. Prognostisch ist zu unterscheiden zwischen gutartigen Fällen, bei denen es, wenn nicht vorher chirurgisch eingegriffen wird, zu einfacher Hodenatrophie kommt, und zwischen bösartigen, die zu Abscessen mit Durchbruch durch die Albuginea, Verlötung der Haut, Durchbruch nach außen und zu Fisteln führen. Jedenfalls scheint aus den Untersuchungen hervorzugehen, daß die Hodengangrän nicht so übermäßig selten ist, als im allgemeinen angenommen.

4. **Beitrag zur Kenntnis der Dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans)**, von S. L. Bogrow-Moskau. Im Anschluſs an einen selbstbeobachteten, ausführlich mitgeteilten Fall gibt B. eine kritische Übersicht über 47 aus der Literatur gesammelte Fälle, auf Grund deren er die Acanthosis zu den atypischen Keratosen rechnet, die der Darierschen Dermatose sowie der atypischen Ichthyosis nahe steht. Als Kardinalsymptome betrachtet er das Hervortreten des Hautreliefs und die Pigmentierung der Haut; viel seltenere Symptome sind Hyperkeratose, Entzündungserscheinungen, Affektionen der Haare, Nägel oder Schleimhäute. Er unterscheidet zwischen einer bösartigen und einer gutartigen Form.

5. **Neuer Beitrag zum Studium der Alopecia areata traumatica**, von Florio Sprecher-Genua. Um die Narben von inzidierten Abscessen der Kopfhaut (entstanden im Anschluſs an Erysipel) und in der Nähe derselben traten bei einem 18jährigen Mädchen kahle Flecken auf, die alle Charakteristika der Alopecia areata zeigten. Andere Ursachen als das Trauma konnten ätiologisch nicht gefunden werden.

6. **Über einen Fall von Lupus erythematodes in Gemeinschaft mit Lupus vulgaris.** Beitrag zur Histologie des Lupus erythematodes, von J. Kyrle-Wien. Bei einem 27jährigen Patienten fanden sich im Gesicht mehrere, klinisch in ganz gleicher Weise als Lupus erythematodes imponierende Herde, von denen nach der Exzision der eine sich als unzweifelhafter Lupus vulgaris-Herd erwies, während der andere auch histologisch nicht anders denn als typischer Erythematodes aufzufassen war. Das Nebeneinandervorkommen beider Affektionen, an sich eine groſse Seltenheit, scheint hier eindeutiger bewiesen als in irgend einem der bisher veröffentlichten Fälle. Trotz der Übereinstimmung der klinischen Bilder ist eine gemeinsame ursächliche Noxe wohl mit Sicherheit auszuschlieſsen bei Prozessen, die in ihrem anatomisch-histologischen Verhalten, das eingehend auseinandergesetzt und begründet wird, absolut nichts gemeinsames haben.

7. **Über die diagnostische und spezifische Bedeutung der v. Pirquetschen Hautreaktion (Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose der Haut)**, von E. Meirowsky-Köln. Der positive Ausfall beweist, daſs der betreffende Organismus eine Durchseuchung mit Tuberkelbazillen durchgemacht hat. Für die Spezifizität einer etwa bestehenden Dermatose wird damit nichts bewiesen. Der Ausfall der cutanen Reaktion geht parallel mit der Reaktion des Organismus auf Alt-Tuberkulininjektionen.

8. **Über die sogenannte Melanodermia phthiriatica.** Ein kritischer Beitrag klinischer und histologischer Untersuchungen, von Carlo Vignolo-Lutati-Bologna. Literaturübersicht. Fall von ausgedehnter Pigmentierung, auch der Wangenschleimhaut, bei einem 68jährigen Gewohnheitsbettler, der seit offenbar sehr langer Zeit Pediculi mit sich herumtrug. Aus den im Anschluſs hieran angestellten Untersuchungen geht für den Verfasser hervor, daſs die von einigen Autoren aufgestellte Melanodermia phthiriatica oder Pseudobronzekrankheit weder eine klinisch-morphologische, noch eine histologische, noch eine anatomische Basis besitzt.

9. **Über Hautdiphtherie**, von Thomas v. Marschalkó-Klausenburg. Literarische Daten. Fall eines 1½jährigen Kindes, das im Anschluſs an eine milde Rachendiphtherie eine sekundäre Hautdiphtherie an verschiedenen Stellen des Körpers (hinter den Ohren, Inguinalgegend usw.) bekam und daran zugrunde ging.

Band 95, Heft 1.

1. **Pseudoxanthoma elasticum**, von P. L. Bosellini-Bologna. Eine 45jährige Frau zeigt vorzugsweise an der Stirn zahlreiche hirse- bis hanfkorngroſse, glatte und an der Oberfläche glänzende Erhebungen, die schieferbraun oder bleifarbig pigmentiert sind. Anatomisch bestehen sie aus primären Veränderungen des elastischen Gewebes und aus sekundären des Kollagens, so daſs histologisch die Unterscheidung von

Kolloidom und Elastom nicht möglich ist, da Charaktere beider vorhanden sind. B. erörtert an der Hand der bis jetzt darüber vorhandenen Literatur die Differentialdiagnose zwischen Pseudoxanthoma und Pseudokolloidmilium, und meint, dafs der von ihm beschriebene Fall sich mehr dem Pseudoxanthoma elasticum nähert, ohne aber bestimmt diese Diagnose auszusprechen.

2. **Herpes zoster generalisatus,** von Hugo Fasal-Wien. Ein über die linke Stirn- und Kopfseite sich ausbreitender Zoster gangränosus bei einer 37jährigen Frau ist von zahlreichen einzelnen Bläschen und Bläschengruppen begleitet, die sich über den ganzen Körper, auch über die rechte Seite, ausbreiten. Die Eruption ging mit dem Ansteigen des Herpes parallel, die Abheilung naturgemäfs rascher; einzelne gangränös gewordene Bläschen heilten unter dauernder Narbenbildung.

3. **Über eine klinisch ganz eigenartige Form von Pseudokolloidmilium,** von Enzo Bizzozero-Bern. Als Nebenbefund wurde bei einem 53jährigen Landarbeiter mit mäfsiger seniler Degeneration der Gesichtshaut eine Veränderung der Haut der Nase beobachtet, und zwar in einer Zone, welche auf beiden Seiten vom Schleimhautrande der Nase $^3/_4$—1 cm nach oben reichte und ganz scharf abgesetzt war. Die Nasenspitze war frei. Innerhalb dieses Streifens war die Haut mehr oder weniger dicht übersät mit kleinsten, stecknadelspitz- bis höchstens stecknadelknopfgrofsen Knötchen, welche die Farbe der normalen Haut hatten. Sie besafsen einen deutlichen Glanz, waren entweder leicht zugespitzt oder hatten ein minimales Plateau an ihrer Oberfläche. Diesem eigentümlichen klinischen Bilde entsprachen histologische Veränderungen, wie sie beim Pseudomilium colloidale beschrieben worden sind. Übrigens steht B. nach seinen Untersuchungen auf dem zuerst von Unna vertretenen Standpunkte, dafs die kolloidalen Massen nicht ausschliefslich aus Elastin, sondern aus Elastin und Kollagen entstehen.

4. **Beitrag zur Kenntnis des Lichen nitidus (Pinkus),** von Josef Kyrle- und J. E. R. Mc Donath. Dem von Pinkus aufgestellten Krankheitsbilde des Lichen nitidus suchen die Verfasser einen ähnlichen Fall anzureihen. Allerdings fanden sich die von P. ausschliefslich bei Männern und auf bestimmte Körperstellen beschränkt beobachteten Effloreszenzen hier bei einem jungen Mädchen generalisiert über den ganzen Körper, aber das klinische Aussehen der einzelnen dicht nebeneinander angeordneten, stecknadelknopfgrofsen, rundlichen oder polygonalen Knötchen, die scharf von der Umgebung abgesetzt sind, in ihrer Farbe aber von der umgebenden Haut nicht differieren, stimmt vollkommen mit der Beschreibung von P., ebenso wie der histologische Befund.

5. **Beitrag zur Kenntnis der Veränderungen der gesunden Haut durch Pyrogalloleinwirkung,** von W. Kopytowsky-Warschau. Ähnlich wie bei seinen Untersuchungen über die Resorcinwirkung hat Verfasser Pyrogallolvaseline verschiedener Konzentration mehr oder weniger lange auf die Skrotalhaut Erwachsener einwirken lassen und hat gefunden, dafs die starke chemotaktische Wirkung viel intensiver ist als die des Resorcins oder $\beta$-Naphtols. Dagegen ist die chromotaktische Wirkung schwächer und die Parakeratose je nach Konzentration des Mittels verschieden; schon bei 5% gering, hört die keratoplastische Wirkung bei höherer Konzentration ganz auf, indem es zuweilen selbst zu einer Mortifikation der oberflächlichen Lagen des Stratum spinosum kommt.

6. **Über die Reaktion der syphilitischen Hautaffektionen (besonders des Roseols) gegen die erste Einführung von Quecksilber in den Organismus,** von Edvard Welander-Stockholm. Das bekannte stärkere Hervortreten von Roseolaflecken nach Zuführung der ersten Hg-Dose hat W. zum Gegenstande systematischer Untersuchungen gemacht und gefunden, dafs von den verschiedenen Methoden der

Anwendung der verschiedenen Hg-Präparate in erster Linie nach der Injektion von Hg salicyl. diese „Reaktion" zu beobachten ist. Er erklärt die Erscheinung mit der Wirkung hastig frei gewordener Endotoxine aus den nach der Hg-Verabreichung absterbenden Spirochäten. Er schliefst sich hierin vollkommen THALMANN an. Zugleich weist er auf die Möglichkeit von Schädigungen hin, die das Freiwerden solcher Endotoxine in gröfserer Menge haben kann, wenn es sich um Erkrankungen von Organen, wie Gehirn, Auge usw. handelt; und andererseits auf die Notwendigkeit der Abtötung der Spirochäten, solange sie noch nicht über den ganzen Körper verbreitet sind, also der Hg-Behandlung sofort nach Sicherstellung des Primäraffektes.

7. **Histologische Untersuchungen über die Wirkung der KROMAYERschen Quarzlampe auf die normale Haut des Menschen und beim Lupus vulgaris,** von JADER CAPELLI-Florenz. C. hat histologische Untersuchungen der mit KROMAYER vorbehandelten gesunden und lupösen Haut vorgenommen, um über Natur und Dauer der durch die Lichtapplikationen produzierten Alterationen in den Geweben und die Rapidität und Extension der Reaktionserscheinungen der Gewebe selbst Klarheit zu erlangen, und festzustellen, ob in der lupösen Haut Unterschiede vorhanden bezw. welches das Maximum der histologischen Reaktion, das man durch eine wachsende Zahl von Applikationen erreichen kann. Danach findet man das Maximum der Reaktion in der Epidermis und im Papillarkörper, doch reichen die entzündlichen Veränderungen, die Dilatation der Gefäfse und vor allem das Ödem bis in die Tiefe der Cutis. Dagegen ist die Proliferation des Bindegewebes auf den Papillarkörper beschränkt. Daraus geht hervor, dafs die Oberflächenwirkung zu viel intensiv, die Tiefenwirkung zu wenig intensiv ist. „Aus der Gesamtheit der Untersuchungen können wir den Schlufs ziehen, dafs die KROMAYERsche Lampe sehr nützliche Anwendung in der Lupustherapie findet. Dieselbe eignet sich besonders für die hypertrophischen tuberösen Formen mit oberflächlichem Infiltrate, bei welchen sie als Vorbehandlung an Stelle der mit Röntgen treten kann. Sie kann aber nicht das Finsenbogenlicht ersetzen, das immer von prompter, intensiver und viel sichererer Wirkung ist." *W. Lehmann-Stettin.*

---

## Dermatologisches Centralblatt.

Band XII, Heft 6.

**Beitrag zur Kenntnis der Hautpigmente,** von ERNST DIESING-Berlin. Kurzes Resumee einiger wesentlichen Punkte aus dem Buche des Verfassers: „Das Licht als biologischer Faktor (eine Physiologie und Pathologie des Farbstoffwechsels)", auf dessen Referat verwiesen sei. *W. Lehmann-Stettin.*

---

## Folia urologica.

Band III, Heft 5.

1. **Beitrag zum Studium des Epithelioma epidermoidale der Harnblase unter spezieller Berücksichtigung der Frage des Chorionepithelioma der Blase,** von RINALDO CASSANELLO-Pisa. Das aufserordentlich maligne Epithelioma epidermale entwickelt sich nach den vom Verfasser studierten Fällen aus einem Papillo- und Adenocarcinom durch direkte atypische epidermische Metaplasie der papillomatösen und glandulären Produkte der Blase. Die sich histologisch findenden chorionepithelartigen Formationen sind nicht mit den chorionepithelialen Produkten des echten Chorionepithelioms zu verwechseln.

2. **Die Indikationen zum operativen Vorgehen bei polycystischen Nierentumoren,** von HEINRICH STROMBERG-Petersburg.

3. **Über die Ätiologie der einseitigen Nephritis,** von V. Gaudiani-Rom. Die sog. hämorrhagischen Nephralgien sind immer durch Nierenläsionen hervorgerufen; handelt es sich nicht um beginnende Tuberkulose, Steine, Geschwulstbildung, Drehung des Nierenstieles oder Morbus Brightii, so sind es fast immer umschriebene entzündliche Prozesse, hervorgerufen durch Einwanderung von Mikrobien in die Niere.

*W. Lehmann-Stettin.*

---

## Annales des Maladies vénériennes.

Band IV, Heft 1. Januar 1909.

1. **Die erworbene oder hereditäre tertiäre Syphilis des Uterus und seiner Adnexe,** von Paul Laffont-Paris. Eine etwa 50 Seiten starke Monographie, in der aufser einigen eigenen Beobachtungen die Resultate eines umfassenden Literaturstudiums verwertet sind; leider fehlt ein Literaturverzeichnis, auch ist die deutsche Literatur gar nicht berücksichtigt. L. versucht eine systematische Einteilung der verschiedenen Formen der syphilitischen Erkrankung im Gebiet der weiblichen Beckenorgane zu geben und verbreitet sich besonders eingehend über die Symptomatologie, deren Mangel an typischen und charakteristischen Einzelheiten sehr oft zur Verkennung der zugrunde liegenden Syphilis führt. In den meisten Fällen hat erst die Einleitung der Hg-Therapie bei hartnäckigen und vagen Abdominalbeschwerden die richtige Diagnose gestattet. Hervorgehoben werden dabei profuse Menorrhagien und Metrorrhagien ohne nachweisbare andere Ursache.

2. **Tödlicher Einflufs einer konzeptionellen latenten Syphilis auf die später einem nicht-syphilitischen Manne geborenen Kinder,** von F. Imhoff. Eine Frau, die von ihrem ersten Manne ein Kind mit deutlichen Zeichen hereditärer Syphilis hat und selbst gesund ist, schenkt ihrem zweiten Manne vier Kinder, die sämtlich wenige Wochen nach der Geburt sterben, ohne syphilitische Manifestationen zu haben. Dann macht sie zwei Aborte durch, wird daraufhin einer Hg-Kur unterworfen und gibt einem gesunden Kinde das Leben.

Heft 2. Februar 1909.

1. **Über die Frage entfernter Quecksilbermetastasen und biochemischer Umwandlungen des Quecksilbers,** von J. H. Selenew-Kharkoff. Nach drei Hg-Kuren (im ganzen angeblich nur 2,9 g einer 2%igen Lösung von Hg benzoicum) bemerkt ein etwa 27jähriger Patient an der linken Brustseite eine Geschwulst, die sich (nach weiteren zwei Kuren) spontan öffnete und in einer blutigen Flüssigkeit Kügelchen metallischen Quecksilbers entlerrte. Der Tumor wurde chirurgisch entfernt und histologisch untersucht: Nachweis von metallischen Hg. S. schliefst hieraus, dafs in den Körper eingeführte Hg-Verbindungen zu metallischem Hg reduziert werden können, „vielleicht unter der Einwirkung der Körpertemperatur und der schwefelhaltigen Eiweifsverbindungen"; und ferner, dafs dieses metallische Hg im Körper wandern und weit entfernt von der Einführungsstelle (Injektionsstelle) sich deponieren kann.

2. **Differentialdiagnose zwischen psoriasiformen Syphiliden und Psoriasis vulgaris durch die Kratzmethode,** von Clément Simon-Paris. Das methodische Abschaben oder Abkratzen der den Psoriasiseffloreszenzen auflagernden Schuppen führt nicht nur zu der bekannten punktförmigen Blutung, sondern zeigt auch eine subsquamöse Cuticula, ein nach Entfernen der Schuppe sich loslösendes feines Häutchen, das bei syphilitischen Effloreszenzen nie angetroffen wird.

3. **Diagnose des Treponema pallidum mittels des Ultramikroskops,** von J. Comandon. Das Aussehen der Syphilisspirochäte in der Dunkelfeldbeleuchtung und

die Möglichkeit, sie von anderen Spirochäten schnell zu unterscheiden. Nichts Neues. Vier Abbildungen.

4. **Diagnose der Leukoplakie,** von Lacapère. L. hält es für „fast allgemein zugegeben, daſs die Leukoplakie immer syphilitischen Ursprungs", trennt aber von der eigentlichen Leukoplakie die bei Rauchern sich findenden „Plaques", die er charakterisiert als oberflächliche grau-opaline Flecke, die sich besonders an den Komissuren finden und an der Innenseite der Wangen Linien bilden, die den Zahngrenzen entsprechen. Es entstehen oberflächliche unbedeutende Erosionen, die allmählich vernarben. Dagegen ist die „echte" Leukoplakie viel markierter, ausgedehnter, zeigt eine epitheliale Exfoliation, die oft zur Desquamation sich steigert, und wandelt sich schlieſslich narbig, um mit einer Sklerosierung der Schleimhautoberfläche.

5. **Hemianopsie im Verlauf der Syphilis,** von Lacapère und Pierre Merle, Die Hemianopsie trat sieben Jahre nach dem Schanker auf bei einem 27jährigen Musiker, dessen Erkrankung wiederholt Symptome cerebraler Ausdehnung gezeigt hatte; so zwei Jahre nach der Infektion eine leichte linksseitige Hemiplegie und vier Jahre danach motorische Augenstörungen, Verlust der Sprache und des Gedächtnisses — Erscheinungen, die sich sämtlich auf geeignete Hg-Behandlung hin wieder gehoben hatten. *W. Lehmann-Stettin.*

---

## Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XVII. Februar 1909.

I. **Zur Kasuistik des Naevus zoniformis,** von Kamanin. Beschreibung eines Falles von Naevus zoniformis bei einem Gefreiten. Der Naevus saſs in der Regio lumbo-abdominalis dexter und glich vollständig einem Herpes zoster, von dem er sich nur durch seinen vierjährigen Bestand unterschied. Entsprechend der affizierten Partie fand sich in der Haut eine derbe Infiltration.

II. **Zur Vereinfachung der Technik der Serumdiagnose der Syphilis,** von Tschernogubow (cf. *diese Zeitschr.* Bd. 47, Nr. 10, S. 520).

März 1909.

I. **Ein Fall von Pemphigus vulgaris, abhängig von parenchymatöser Nephritis,** von Webssilowa. Am 25. Oktober 1908 wurde in das Petersburger Kaliokinhospital eine 25jährige Bäuerin mit Erscheinungen von Pemphigus vulgaris und parenchymatöser Nephritis aufgenommen. Nach Angabe der Kranken hatten sich zuerst die Schwellungen der Beine, nämlich im März 1908, und erst später, im August, der Ausschlag eingestellt. Unter Milchdiät, Schwitzbädern und lokaler Anwendung einer Xeroformsalbe schwand in verhältnismäſsig kurzer Zeit, nämlich in zwei Wochen, bei gleichzeitiger Besserung der Nephritis der Pemphigus. Verfasserin bringt in diesem Fall den Pemphigusausbruch in Abhängigkeit von der Nephritis.

II. **Die Spirochaeta refringens bei sog. Condylomata acuminata,** von Morosow. Die Untersuchung zweier Fälle von stark entwickelten, spitzen Condylomen an den Genitalien, von denen der eine einen Mann, der andere eine Frau betraf, zeigte, daſs sich in beiden Fällen die Spirochaeta refringens in reichem Maſse fand. Die Spirochäten waren bald in Klümpchen, bald einzeln gelagert und zeichneten sich durch körnigen Bau, negatives Verhalten der Gramschen Methode gegenüber und helllila Färbung nach Giemsa aus. Morphologisch ähnelten die gefundenen Spirochäten am meisten der Spirochaeta buccalis (Cohn), wie den bei Balanitis, Angina Vincenti usw. beschriebenen Spirochäten. Auch in Schnitten konnte die Spirochaeta refringens nachgewiesen werden, wenn auch in viel spärlicherem Maſse. Verfasser glaubt, daſs die Spirochaeta refringens von ätiologischer Bedeutung für die spitzen Condylome ist.

*Arthur Jordan-Moskau.*

---

# Bücherbesprechungen.

**Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten mit einem Grundrifs der Pathologie und Therapie derselben,** von Franz Mraček-Wien. Zweite Auflage. Mit 81 farbigen Tafeln nach Originalaquarellen von Maler A. Schmitson und 26 schwarzen Abbildungen. (J. F. Lehmanns Verlag, München, 1908.) Die Absicht des Verfassers, ein durch seine Billigkeit auch weiteren Kreisen zugängliches Bilderwerk über die praktisch wichtigsten und häufigsten Geschlechtsaffektionen zu schaffen, mufs auch für die vorliegende zweite Auflage als vollkommen gelungen erklärt werden. Mraček selbst war es nicht mehr vergönnt, dieselbe zu vollenden, sondern sein langjähriger Mitarbeiter K. H. Schirmer hat nach Ms. Tode die letzte Durchsicht übernommen. Die Abfassung des Textes, die den Abbildungen folgt und etwa 200 Seiten mit zahlreichen therapeutischen Bemerkungen umfafst, entspricht ebenfalls den Anforderungen einer knappen, zusammenfassenden Darstellung des ganzen Gebietes der Syphilis und venerischen Krankheiten, wobei auch die bekannten neuesten Forschungen in gebührender Weise gewürdigt sind. Unter der grofsen Reihe von extragenitalen Schankern dünkt der auf Tabelle 10 (Sklerosis linguae) abgebildete Fall Referent der am wenigsten leicht erkennbare. Tabelle 18 ist von Interesse durch die Koinzidenz von Ikterus mit papulösem Syphilid, der Tabelle 19 abgebildete Fall von kleinpapulösem (lichenoidem) Syphilid erscheint bemerkenswert durch die rasche Heilung (auf 20 Einreibungen der allerdings für weibliche Patienten relativ hohen Dosis von 5 g). Besondere Erwähnung verdienen die verschiedenen Abbildungen über syphilitische Framboesia (Wucherungen), die an Waden und besonders der Kopfhaut von M. beobachtet wurden (Tabelle 29—29a und 44—45), ferner papulöse Effloreszenzen zwischen den Zehen und die syphilitischen Paronychien an diesen und den Fingern (Tabelle 30—32). Die Abbildung von Leukoplakia (Psoriasis linguae) (Tabelle 42b) dürfte wohl bei Ms. reichem Material leicht durch eine charakteristischere zu ersetzen sein. Von grofsem Interesse ist Tabelle 43a: Iritis condylomatosa und 43b: Tarsitis gummosa oculi. Die sogenannten tertiären Haut- und Schleimhautprozesse (Rupia und Gummata) sind in den verschiedensten Varietäten (bis zur Glossitis gummosa) auf über 20 Abbildungen (Nr. 46—57) dargestellt. Tabelle 57a gibt ein klassisches Beispiel für die Entwicklung des Zungengummas (Leukoplakie) mit sekundärem Carcinom und tötlichem Ausgang. Mit Tabelle 58 beginnt die Beschreibung der hereditären Lues, wobei u. a. die Abbildung eines Falles von Keratitis parenchymatosa und Hutchinsonscher Zähne als besonders gelungen hervorzuheben ist. Eine Anzahl Abbildungen betreffen die Ulcera venerea und deren Komplikationen (Lymphadenitis usw.) Tabelle 61—65, sodann als Blennorrhoe-Komplikationen Fälle von Cavernitis und einige Abbildungen über Condylomata. Tabelle 70 zeigt subcutane Haemorrhagien der Penishaut infolge eines forcierten Coitus (Blaurotfärbung der ganzen Haut des Gliedes usw.), Tafel 71 eine sehr schöne Abbildung von Mollusca contagiosa an den äufseren Labien. Bezüglich der Therapie ist erwähnenswert bei ulcerösem Gumma die lokale Anwendung der roten und weifsen Präzipitalsalbe und die relativ niederen Dosen Jodkalium (1,5 pro Tag), die nur in ganz besonders hartnäckigen Fällen auf 2,0 gesteigert wurden. Ohne wesentlich Neues zu bringen, stellen die Abschnitte über Behandlung (der Syphilis und Blennorrhoe) eine treffliche, alles Wesentliche hervorhebende Übersicht unseres gegenwärtigen therapeutischen Rüstzeuges dar.

*Stern-München.*

**Précis de Dermatologie**, par J. Darier. Médecin de l'Hôpital Broca avec 122 figures dans le texte. (Mafon & Cie., Paris, 1909.) Dies kleine Meisterwerk des hervorragenden französischen Dermatologen ist bestimmt in erster Linie für die Neulinge in der Dermatologie, dann aber auch für die Ärzte, die in der Praxis stehen.

Um beiden Aufgaben gerecht zu werden, mufste es so kurz und praktisch sein, wie nur möglich. Keine Bibliographie, keine historischen Erörterungen, keine gelehrten Diskussionen durften das Werk belasten.

Darier teilt seinen Stoff in zwei Teile ein. Im ersten (Kapitel 1—22), der Morphologie der Hautkrankheiten, studiert er die Elemente der Eruptionen und die nicht eruptiven Hautalterationen, also die dermatologischen Elementarformen; dazu bringt er die Beschreibung der Hauptsyndrome, in denen sich die verschiedenen dermatologischen Elementarformen präsentieren.

Im zweiten Teile (Kapitel 23—50) läfst Darier die verschiedenen Hautkrankheiten Revue passieren, die Krankheitseinheiten nur bekannter Ätiologie, klassifiziert nach der Natur ihrer Ursache z. B. die artefiziellen, die parasitären, die infektiösen Dermatosen. Daran schliefst er eine Gruppe von Dermatosen an, die durch ein Phänomen allgemeiner Art, dem Pruritus essentialis, abhängig von einer nervösen Störung, vereinigt sind, also die Neurodermatosen, und zuletzt bespricht er die Tumoren. Im Anhang finden wir ein kurzes therapeutisches Memento mit den gebräuchlichsten und erprobtesten Rezeptformeln.

Ich nannte das kleine Buch ein Meisterwerk und das ist es auch, denn es zeichnet sich nicht nur durch Kürze und Übersichtlichkeit, sondern vor allem auch durch grofse Klarheit der Darstellung aus, wie sie nur von einem Autor erwartet werden darf, der seinen Stoff in solch eminentem Mafse beherrscht, wie es bei Darier der Fall ist.

Diese Klarheit der Darstellung wird noch wesentlich erhöht durch eine grofse Zahl vorzüglicher histologischer Zeichnungen und photographischer Krankheitsbilder. Man vergleiche z. B. auf Seite 167 die photographische Darstellung eines Falles von Duhringscher Dermatitis und man wird zugeben müssen, dafs bessere Bilder bis jetzt in einem so kleinen Lehrbuch nicht geboten worden sind.

Auch die äufsere Ausstattung, Druck, Papier, zeichnet sich vorteilhaft vor anderen Unternehmungen ähnlicher Art aus.

Wir gratulieren den jungen, des Studiums der Dermatologie beflissenen Franzosen zu dem vorzüglichen Lehrmittel, das ihnen hier geschenkt worden ist, und denken: dafs auch deutsche Studenten und Ärzte das Buch mit Vorliebe ihrer Bibliothek einverleihen werden. Dr. Buri-Basel.

---

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Chronische Infektionskrankheiten.

#### c. *Syphilis.*

**Über das Wesen der luetischen Erkrankung auf Grund der neueren Forschungen**, von E. Weil und H. Braun-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 11.) Zusammenfassendes über die durch die Wassermannsche Reaktion gewonnenen neuen Einblicke in das Wesen der Syphilis. Nach den Verfassern sind die mittels der Komplementbindung nachweisbaren Stoffe im Serum von Syphilitikern „Reaktionsprodukte gegen körpereigene Zellbestandteile“. *W. Lehmann-Stettin.*

**Syphilis und Ehe,** von M. Mantegazza. (*Corriere San.* 1908. Nr. 16 u. 17.) Nach einer Erörterung der Entstehungsart der hereditären Syphilis im Lichte der letzten Forschungsresultate wendet sich Verfasser an die praktische Seite der Frage und verbreitet sich über die Stellungnahme des Arztes in den verschiedenen Fällen. Es sei hervorgehoben, dafs Mantegazza auf die Seite derjenigen tritt, die die Schweigepflicht der Ärzte aufgehoben wissen wollen — als extrema ratio —, um drohende Ansteckungsgefahren zu vermeiden. Die Schäden, die die Syphilis in der Ehe verursacht, werden an der Hand einer zweijährigen Statistik aus der Hautklinik zu Pavia demonstriert. Von 216 Luetikern waren 74 verheiratet. Es konnten sichere Daten von 33 syphilitischen Familien gewonnen werden; davon blieben 4 kinderlos, in den übrigen hatte man 25 Frühgeburten, 0 Totgeburten, 0 syphilitische Kinder — nur 18 Kinder waren scheinbar gesund. *Dalla Favera-Parma.*

**Die Spirochaeta pallida und die klinische Forschung nebst Betrachtungen über Syphilistherapie auf Grund der jüngsten Forschungsergebnisse,** von Eduard Lang. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 48 und 49.) L. legt an einer Reihe wichtiger Punkte aus der Lehre von der Syphilis dar, wie die klinische Überlegung schon seit Jahren Schlüsse erlaubte, deren wissenschaftliche Basis uns erst durch die Errungenschaften der letzten Jahre gegeben wurde. Er betont, dafs die Reflexionen des Klinikers auch in Zukunft schwer ins Gewicht fallen werden, um so schwerer, auf einer je breiteren wissenschaftlichen Basis die klinische Forschung ruht. So in Fragen der Biologie des Syphiliskontagiums: Übertragungen auf Tiere, Affen wie Kaninchen, wurden schon vor einem Vierteljahrhundert vorgenommen, aber nicht anerkannt, weil die Beweiskraft des Spirochätennachweises, wie wir ihn heute haben, fehlte. Klinische Erfahrungen liefsen auf ein Kontagium als Ursache und dessen Verbreitung im Körper durch die Zirkulation schliefsen; Rezidive wurden der Hauptsache nach sehr richtig aus zurückgebliebenen Kontagiumresten abgeleitet usw. usw. Der überaus lesenswerte Artikel, der allerdings gewisser persönlicher Momente nicht entbehrt, legt aber auch den Finger auf Fragen, die keineswegs einer Lösung näher gekommen, bezw. sich als komplizierter auf Grund neuerer Untersuchungen zu erweisen scheinen, als früher angenommen. *W. Lehmann-Stettin.*

**Der harte Schanker.** (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 26.) Eine klinische Beschreibung desselben in Form einer Notiz für das Assistentenexamen. Nichts Neues. *Gunsett-Strafsburg.*

**Initialsklerose am Hodensack des Kaninchens durch Einimpfung von Material aus einer syphilitischen Kaninchenkeratitis entstanden,** von S. Ossola. (*Boll. d. Soc. med. Pavia.* 5. Juni 1908.) Inhalt ist aus dem Titel ersichtlich. *Dalla Favera-Parma.*

**Doppelter harter Schanker der Zunge,** von Duhot. (*Ann. de la Policlinique.* 1908. Nr. 11.) Eine recht interessante Beschreibung von zwei harten Schankern an der Zunge eines jungen Mannes. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Dreifache venerische Infektion,** von Dieulafoy. (*Presse méd.* 1909. Nr. 15.) Blennorrhoe, weicher und harter Schanker, dem Roseola und im dritten Monat Phlebitis specifica beider Beine folgten. Behandlung gleich nach Auftreten des Schankers mit täglichen Einspritzungen von 0,01 Hg bijodat. *Gunsett-Strafsburg.*

**Ein Fall von Reinfektion (Superinfektion?) bei Syphilis,** von R. Polland-Graz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 49.) Ein Mann, der drei Jahre zuvor an der gleichen Klinik wegen unzweifelhafter Syphilis in Behandlung, bekommt nach Abheilen eines weichen Schankers ein Geschwür, das nicht nur alle Charakteristika einer typischen Sklerose trägt, sondern auch von zahlreichen Fachkollegen als solche angesehen wird, aber nicht von den sog. Sekundärerscheinungen gefolgt ist, wenngleich

die Prodrome solcher, die Störungen des Allgemeinbefindens, eintreten. Der Fall scheint einwandsfrei, wenn auch statt der wirklichen Reinfektion eine Superinfektion im Sinne FINGERS, also einer neuerlichen Haftung des Virus bei einem noch kranken Individuum nicht ausgeschlossen ist. *W. Lehmann-Stettin.*

**Experimentelle Keratitis syphilitica des Kaninchens**, von S. OSSOLA. (*Boll. Soc. med. Pavia.* 5. Juni 1908.) Ausführliche Beschreibung des Impfverfahrens und der anatomischen Veränderungen der Keratitis syphilitica des Kaninchens. Die von den Spirochaeten in der Hornhaut des Kaninchens hervorgerufenen histologischen Veränderungen ähneln denjenigen, die man in den syphilitischen Prozessen des Menschen trifft. *Dalla Favera-Parma.*

**Die Leukoplasie der Mundschleimhaut und der Zunge in der allgemeinen Medizin; ihre semiotische Bedeutung für den Nachweis der Syphilis**, von EMILE SERGENT (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 5.) Nach S. kommt die Leukoplasie der Mundschleimhaut und der Zunge nur bei Leuten vor, die eine syphilitische Infektion erlitten haben, am häufigsten allerdings, wenn sich zu dieser eine chronische Reizung durch Nikotin, Alkohol, Gewürze oder durch schlechte Zähne oder Gebisse hinzugesellt. Nur in seltenen Fällen sind die Leukoplasien, deren makroskopisches Aussehen, histologische Struktur und differentielle Diagnose S. eingehend bespricht, syphilitischer Natur, d. h. Manifestationen einer bestehenden Syphilis; solche Leukoplasien haben sich aus häufig rezidivierenden Plaques muqueuses entwickelt und kommen während der Übergangszeit vom Sekundär- zum Tertiärstadium zur Beobachtung. In der Mehrzahl der Fälle aber sind die Leukoplasien, die auch bei Hereditärsyphilitischen gefunden werden, als parasyphilitische Erscheinung aufzufassen.

Häufig können Erkrankungen, wie Hemiplegien, Drüsen-, Knochen- und Lungenerkrankungen, nur durch den Nachweis von Leukoplasien als syphilitische erkannt werden. Die Konstatierung von Leukoplasien ist stets eine Indikation zur Einleitung einer Quecksilberkur, obwohl sie selbst zumeist durch Quecksilber nicht beeinflufst werden. Verabreichung von Jod ist nicht am Platze, weil Jod die epitheliomatöse Erkrankung der Leukoplasien begünstigt.

Aus der grofsen Bedeutung der Leukoplasien für die Feststellung einer vorausgegangenen luetischen Infektion ergibt sich die Forderung, dafs bei allen Kranken und bei allen Menschen, die wegen Aufnahme in eine Versicherung untersucht werden, die Mundhöhle einer genauen Inspektion zu unterziehen ist. *Göts-München.*

**Zur Kenntnis der Luesspätformen der Brustdrüse bei Weibern und Männern**, von KURT DEUTSCH-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) D. weist auf die oft schwierige Differentialdiagnose der luetischen Mastitis gegenüber chirurgischen Erkrankungen hin und berichtet über drei Fälle der in der Literatur nur selten genannten Affektion: eine gummöse Neubildung in der linken Mamma einer 36jährigen Frau, bei der die Exkochleation übrigens die Hg-Kur wesentlich beschleunigte; eine diffuse Mastitis bei einer 48jährigen Frau und einen Brustdrüsentumor bei einem 20 Jahre zuvor an Lues erkrankt gewesenen Manne, bei dem JK fast ohne Erfolg gegeben und Heilung erst nach 35 Einreibungen von Hg-Salbe erreicht wurde. *W. Lehmann-Stettin.*

**Zwei Fälle von hypertrophischen Gummata der Unterlippe**, von DUHOT. (*Ann. de la Policlinique.* 1908. Nr. 10.) Beschreibung von zwei Fällen von hypertrophischen Gummata an der Unterlippe, die durch energische Behandlung mit Injektionen von grauem Öl und Joddarreichung zur vollkommenen Heilung gebracht wurden. Der eine von diesen zwei Fällen war mit einer Glossitis syphilitica verbunden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Zur Kasuistik der sekundären syphilitischen Glykosurie,** von MESCHTSCHERSKI. (*Praktitscheski Wratsch.* 1909. Nr. 3.) Bei der Seltenheit der Fälle von sekundärer syphilitischer Glykosurie erscheint M. jeder derartige Fall von Bedeutung und berichtet er daher über eine diesbezügliche Beobachtung. Ein 48jähriger Restaurateur, der bis dahin keinen Zucker im Urin aufgewiesen hatte, infizierte sich, wie er selbst glaubt, am 9. Juni 1906 mit Lues. Am 25. Oktober desselben Jahres stellte er sich bei M. mit Erscheinungen von sekundärer Lues (Exanthema papulosum, Angina papulosa, Alopecia syphilitica usw.) vor und der Urin zeigte einen Gehalt von $1^{1}/_{2}$% Zucker. Unter der jetzt zum ersten Male eingeleiteten spezifischen Behandlung schwand mit den anderen Erscheinungen auch die Glykosurie, so dafs der luetische Charakter derselben klargestellt wurde. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Untersuchungen über die Ätiologie der Ozaena,** von EUGEN EISENLOHR. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1908.) In den daraufhin untersuchten 15 Fällen ergab sich niemals ein positiver Ausfall der WASSERMANNschen Serumreaktion. Diese negativen Befunde gestatten nach der Meinung des Verfassers, das luetische Moment für die Entstehung der Ozaena mit gröfster Wahrscheinlichkeit auszuschliefsen; doch läfst er die Frage offen, ob überhaupt die Ozaena im Gefolge der Syphilis auftreten könne.

*Fritz Loeb-München.*

**Über tertiäre, erworbene oder angeborene Lues der Gebärmutter und ihrer Adnexen,** von P. LAFFONT. (Inaug.-Dissert. Paris 1908.) Das weibliche Genitale ist verhältnismäfsig oft der Sitz syphilitischer Veränderungen, deren Symptome aber meist nicht richtig erkannt werden und anderen Erkrankungen zugeschrieben werden, derart, dafs auch die eingeleitete Behandlung keine richtige sein kann. Es ist wichtig, zu wissen, dafs eines der Hauptsymptome der in Rede stehenden Veränderungen profuse Blutungen sind, die unter dem Bilde der Metro- oder Menorrhagie auftreten. Gleichzeitig können Schmerzen bestehen, deren Intensität aber eine sehr wechselnde ist. Weiter können Tumoren des Uterus oder der Adnexen gefunden werden, die sich bei der anatomischen Untersuchung als Gummen erweisen, oder auch Atrophien dieser Organe bei Bestehen skleröser Prozesse. Ein gewifs sehr zweifelhaftes Zeichen syphilitischer Salpingitis sollen Schmerzen sein, welche durch Druck auf die Arterien des kleinen Beckens ausgelöst werden.

Die Diagnose kann oft nur auf dem Ausschliefsungswege gestellt werden oder falls man weifs, dafs die betreffende Patientin luetisch ist. Die spezifische Behandlung gibt oft auch die diagnostische Sicherheit. Eine intensive Hg-Behandlung bewirkt meist in kurzer Zeit definitive Besserung, während die Jodbehandlung nur als Adjuvans zu betrachten ist. Demgegenüber will Referent hervorheben, dafs er öfters derartige Fälle behandelt hat, welche durch Hg verschlimmert, durch Jodeinnahme aber rasch zur Heilung gebracht wurden, und ist der Ansicht, dafs gerade letzteres Mittel den Vorzug verdienen mufs, eventuell in Verbindung mit Atoxyleinspritzungen.

*E. Toff-Braila.*

---

## Verschiedenes.

**Achter Kongrefs der Japanischen Dermato-Urologischen Gesellschaft,** gehalten am 3. und 4. April 1908 in Tokio. (*Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.* 1908. Nr. 3 und 4.)

### I. Über die Pathologie und Therapie der Lepra.

1. Über die Pathologie und Therapie der Lepra, von S. TOYAMA-Sendai.

2. Über die Pathologie der Lepra, von K. Sakurane-Osaka.
3. Ein seltener Fall von Lepra, von J. Yamamoto-Kioto.
4. Über die Serodiagnostik bei Lepra, von U. Matsuura-Kioto.
5. Gleiches Thema, von Y. Sakaguchi-Tokio.
6. Eine sichere Differentialdiagnose zwischen Lepra und Tuberkelbazillen, von J. Yamamoto-Kioto.
7. Über die Infektion der Lepra, von S. Juoue-Tokio.
8. Gleiches Thema, von T. Kinostita-Tokio.
9. Über die Schaumzellen im leprösen Gewebe, von Yamamoto.
10. Über die Wirkung von Nastin gegen Lepra, von Sakaguchi-Tokio.
11. Gleiches Thema, von T. Kinoshita-Tokio.
12. Lepra und Jodpräparate, von Yamamoto.

II. **Über die Syphilis.**

13. Über neuere Untersuchungen der Spirochaeta pallida, von R. Ogawa-Tokio.
14. Über den diagnostischen Werth der Kubitaldrüsenschwellung bei Syphilis, von H. Yamada-Tokio.
15. Über Syphilistherapie, von K. Sakurane-Osaka.
16. Über den Einfluſs der Injektion von Hg. salicylicum auf die Körpertemperatur, von T. Shidachi-Tokio.
17. Zwei Fälle von Septikämie im Anschluſs an tertiäre Syphilis, von F. Kusunoki-Nagoya.
18. Über die Serodiagnostik bei Syphilis, von T. Ito und S. Watanabe-Tokio.
19. Hg. salicylicum-Paraffin und Neuorthoform, von E. Sida-Tokio.
20. Über die Wirkung von Atoxyl als antiluetisches Mittel, von G. Sato-Tokio.
21. Über das Hg. oxycyanatum, von T. Hamano-Tokio.

III. **Über die Trippermetastasen.**

22. Über die Metastase des Trippers, von G. Momose-Tokio.
23. Über Gonitis blennorrhoica, von Y. Tsutsui-Chiba.
24. Thierexperimente über die Trippermetastase, von H. Nakano-Tokio.

IV. **Gemischte Themata.**

25. Über das Leukcytozoon, von T. Tsuru-Osaka.
26. Ein neues Experiment über den Unterschied zwischen der animalischen und humanisirten Lymphe, von F. Kusunocki und R. Nokamura-Nagoya.
27. Ein Fall von Skrotalzunge, von N. Ashiwara-Hirosaki.
28. Beiträge zur Ophthalmoreaktion bei den Hautkrankheiten, von G. Sato-Tokio.
29. Über die Hautreaktion der Tuberkulinsalbe, von H. Nakano-Tokio.
30. Demonstrationen (Finsens Apparat für Lichttherapie, Lupus vulgaris, Arsenmelanose und Pemphigus vulgaris, Xeroderma pigmentosum, Lupus erythematosus durch Atoxyl geheilt, Pityriasis rubra pilaris), von K. Dohi-Tokio.

*Gunsett-Straſsburg.*

---

# Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. | No. 11. | 1. Juni 1909.

Aus dem Mjassnitzki-Krankenhaus zu Moskau.

## Ein Beitrag zur Frage der Pseudoleukämie der Haut.

Von

Dr. Arthur Jordan.

Wenn schon die Leukämie und die Pseudoleukämie zu den selteneren Krankheiten gehören, so gilt das noch mehr von denjenigen Fällen derselben, welche mit Veränderungen der Haut einhergehen. Westphal (39) sah z. B. unter 21 Fällen von Leukämie, resp. Pseudoleukämie, nur dreimal Hauterscheinungen und Schnitter (32) hat bis zum Jahre 1906 bloſs 14 Fälle von Leukämie und 18 Fälle von Pseudoleukämie der Haut aus der Literatur zusammentragen können. Seitdem hat sich die Anzahl der letzteren zwar beträchtlich, aber immerhin doch nur in einem solchen Maſse vermehrt, daſs die Krankheit noch ungewöhnlich geblieben ist.

Früher sah man als unterscheidendes Merkmal zwischen Leukämie und Pseudoleukämie den Blutbefund an, der bei ersterer Krankheit eine starke Zunahme der weiſsen Blutkörperchen aufweist und bei letzterer mehr oder weniger unverändert sein sollte, während die Vergröſserung der Lymphdrüsen, die Schwellung der Milz und der Leber beiden in gleicher Weise zukommt. Ebenso sind die Hautveränderungen, falls solche vorkommen, trotz groſser Mannigfaltigkeit im Speziellen, bei beiden die gleichen. Spätere, genauere Blutuntersuchungen lehrten aber einerseits, daſs sich auch bei der Pseudoleukämie qualitative Veränderungen der weiſsen Blutkörperchen nachweisen lassen, die sogenannte relative Lymphocytose, und andererseits, daſs Übergänge einer Pseudoleukämie in Leukämie vorkommen können, wie z. B. in den Fällen von Sternberg (33), Pinkus (28) und Linser (21), so daſs die Unterschiede zwischen beiden Krankheiten immer mehr graduelle wurden. Neue Schwierigkeiten entstanden aber durch Beobachtungen der jüngsten Zeit, wo, wie im Fall Jadassohn (15), „wiederholt vorgenommene Untersuchung des Blutes“ „keinerlei Abnormitäten, auch nicht in bezug auf das Verhältnis der einzelnen Leukocytenarten zu einander“ aufwies, oder wo, wie im Fall

Touton (35), die weiſsen Blutkörperchen sich sogar auf 2240 im Kubikmillimeter herabgesetzt erwiesen.

Eine ähnliche Beobachtung[1] steht auch mir zu gebote. Die Krankengeschichte lautet folgendermaſsen:

Der 46jährige Fabrikarbeiter B. will als Kind an Geschwüren gelitten haben, die aber keine ärztliche Behandlung erfuhren. Erst mit 34 Jahren wandte er sich, wegen neu aufgetretener Geschwüre auf den Ellenbogen, an ein Krankenhaus, wo man das Leiden als ererbte Syphilis angesprochen und erfolgreich mit Hg-Einspritzungen und Jodkalium behandelt haben soll. Sonstige schwere Krankheiten behauptet Patient nicht durchgemacht zu haben, gibt aber zu, Alkoholiker zu sein und wegen Delirium tremens im Hospital gelegen zu haben und seit längerer Zeit an einem Magenkatarrh zu leiden. Von den Eltern des Kranken lebt noch der Vater, welcher Syphilis gehabt haben soll, die Mutter ist an einer unbekannten Krankheit gestorben. Patient ist unter elf Geschwistern als fünftes Kind geboren; die vier älteren und auſserdem noch drei jüngere Geschwister sind in frühester Kindheit gestorben, so daſs nur vier Geschwister am Leben geblieben sind. Vor acht Jahren hat Patient geheiratet; die Ehe blieb kinderlos. Das jetzige Leiden soll im November 1908 unter Schwellung zuerst der rechtsseitigen Hals-, dann der Achseldrüsen begonnen haben, worauf im Dezember rote Flecke auf der Haut, die ersten angeblich auf den Armen aufgetreten sind. Am 16. Februar 1909 lieſs sich Patient in das Mjassnitzki-Hospital aufnehmen.

Status praesens. Der Kranke ist von mittlerem Körperbau, gut entwickelter Muskulatur, aber mäſsig ausgebildetem Fettpolster. Die sichtbaren Schleimhäute sind blaſs. Pulsfrequenz 104. Die Abendtemperatur beträgt 37,6. Auf der im allgemeinen blassen Haut sieht man, speziell auf dem Rumpf und den Extremitäten, hellrote, ein wenig erhabene Flecke von meist runder Form, aber sehr verschiedener Gröſse, nämlich von Erbsen- bis Silberrubelgröſse. Die meisten und gröſsten Flecke finden sich auf dem Rücken, wo sie auch dunkler rot, als diejenigen auf der Brust und den Extremitäten sind. Das Gesicht, die Füſse und die Hände sind, bis auf einen kleinen Fleck von Erbsengröſse auf dem linken kleinen Finger, frei von Flecken. Beim Betasten erweisen sich die Flecke, deren es im ganzen über 100 gibt, als derbe, in der Haut gelegene und mit ihr verschiebliche Infiltrate. Die Haut ist überall, auch über den Flecken, glatt, trocken, ohne Schuppenbildung und juckt nicht. Über beiden Ellenbogengelenken, wo vor einigen Jahren die Geschwüre gewesen sein sollen, finden sich weiſse, etwas atrophische Narben. Von den Lymphdrüsen

[1] Der Fall wurde von mir am 1./14. März 1909 in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft vorgestellt. (Cf. *diese Monatshefte,* 1909, Bd. 48, S. 364.)

sind diejenigen unter dem Unterkieferrande, wie am Halse stark vergrößert und bilden Pakete. Die einzelnen Drüsen sind von Haselnußgröße und harter Konsistenz. Die Axillardrüsen sind von Apfel-, die Inguinaldrüsen von Walnußgröße. Die Kubitaldrüsen sind nicht vergrößert. Von den inneren Organen sind das Herz und die Lungen normal. Die Leber ist nicht vergrößert. Die Milz ist perkutorisch deutlich vergrößert und der Milzrand drei Fingerbreit unter dem Rippenbogen gut palpabel. Von Seiten des Verdauungsapparates besteht Appetitlosigkeit und Neigung zu Durchfällen. Das Nervensystem zeigt keine besonderen Veränderungen, jedenfalls keine Anästhesien entsprechend den Infiltraten der Haut. Der Urin ist sauer, klar, enthält 3 pro Mille Eiweiß, aber keinen Zucker. Spezifisches Gewicht 1018. Mikroskopisch sieht man im Urin einige rote Blutkörperchen und etliche Leukocytencylinder, sonstige Nierenelemente, wie auch Salze fehlen. Die am 17. Februar von Dr. Wermel vorgenommene Untersuchung des Blutes ergab folgenden Befund:

| | |
|---|---|
| Hämoglobingehalt | 110% |
| Rote Blutkörperchen | 5000000 |
| Weiße Blutkörperchen | 4500. |

Verhältnis der weißen Blutkörperchen zu den roten = 1:1111. Abnormitäten hinsichtlich der Form, der Struktur oder des Verhältnisses der einzelnen Arten der Blutkörperchen zu einander ließen sich nicht nachweisen. Die Untersuchung des Blutes auf die Wassermannsche Reaktion fiel schwach positiv aus. Ord.: Sol. kali jod. 8,0:200,0. Drei Eßlöffel täglich.

### Krankheitsverlauf.

21. Februar. In der Zeit vom 16.—21. Februar haben die Morgentemperaturen zwischen 36,6 und 37,6, die Abendtemperaturen zwischen 37,6 und 38,1 geschwankt. Ord.: Außer Jodkalium noch Aspirin 0,3 zur Mittagszeit.

26. Februar. Die Abendtemperaturen sind an den letzten Tagen niedrigere gewesen, schwankten zwischen 36,9 und 37,5.

| | | |
|---|---|---|
| Blutbefund: | Hämoglobingehalt | 105% |
| | Rote Blutkörperchen | 5100000 |
| | Weiße Blutkörperchen | 3000. |

Das Verhältnis der weißen zu den roten Blutkörperchen wie 1:1700.

| | |
|---|---|
| Lymphocyten | 18,0% |
| Neutrophile Leukocyten | 78,0% |
| Übergangsformen | 2,0% |
| Eosinophile Leukocyten | 2,0%. |

Die Seroreaktion nach Wassermann fiel negativ aus.

28. Februar. Patient klagt über Schmerz in den Waden und in den Halsdrüsen.

2. März. Morgentemperatur 37,1, Abendtemperatur 36,9. Beginn einer Arsenikspritzkur (1 % Sol. natrii arsenici). Patient wird einigen Kollegen demonstriert, wobei die Vermutung ausgesprochen wird, daſs die linke, apfelgroſse Axillardrüse Fluktuation zeige. Eine Probepunktion widerlegt diese Annahme.

3. März. Morgentemperatur 37,8, mittags Schüttelfrost, Abendtemperatur 39,8, Puls 120.

5. März. Morgentemperatur 37,5, Abendtemperatur 40,4. Die linke Kubitaldrüse ist bis auf Haselnuſsgröſse angeschwollen. Die Flecke auf dem Körper sind bedeutend blasser geworden. Ord.: Chinin 0,3. Zwei Pulver täglich.

7. März. Morgentemperatur 36,9, Abendtemperatur 38,7. Die linke Kubitaldrüse ist von Walnuſsgröſse und sehr schmerzhaft; die rechte Kubitaldrüse ist desgleichen vergröſsert.

9. März. Morgentemperatur 36,9, Abendtemperatur 39,6. Die linke Kubitaldrüse ist von Apfelgröſse. Ord.: Kein Chinin.

10. März. Morgentemperatur 36,8, Abendtemperatur 39,9. Achillodynie.

12. März. Morgentemperatur 37,1, Abendtemperatur 39,5. Trockener Husten.

13. März. Morgentemperatur 36,7, Abendtemperatur 39,5. Es wird als Internist Kollege Fechner hinzugezogen, welcher eine leichte Bronchitis konstatiert, im übrigen die Milz deutlich vergröſsert und palpabel, die Leber nicht vergröſsert, Herz und Lungen normal findet. Die Flecke und Infiltrate haben noch weiter abgenommen, die Drüsen dagegen sind unverändert. Ord.: Codeini 0,01, Natri bicarbonici 0,3. Mf. pulv. N. III pro die.

15. März. Morgentemperatur 36,6, Abendtemperatur 39,7. Patient klagt über Hautjucken.

16. März. Morgentemperatur 36,8, Abendtemperatur 38,8. Durchfall. Jodkalium wird ausgesetzt.

17. März. Morgentemperatur 36,7, Abendtemperatur 39,0. Die Flecke sind in weiterem Rückgange begriffen. Die linke Kubitaldrüse ist kleiner geworden, alle übrigen Drüsen sind unverändert.

18. März. Morgentemperatur 37,2, Abendtemperatur 40,0. Stuhl normal.

19. März. Morgentemperatur 37,0, Abendtemperatur 40,5. Ord.: Aspirin 0,3 N. II täglich.

20. März. Morgentemperatur 36,7, Abendtemperatur 40,0. Die Inguinaldrüsen sind noch gröſser geworden.

24. März. Die Temperaturen sind unverändert geblieben. Ord.: Auſser der Arsenikspritzkur noch Einreibungen von 2,0 Ung. cinerei täglich.

28. März. Die Temperaturen zeigen die früheren Morgen- und Abend-

schwankungen. Die Flecke und Infiltrate auf der Brust, dem Bauch und den Extremitäten sind so gut wie geschwunden, diejenigen auf dem Rücken nur noch undeutlich zu erkennen.

1. April. Die Temperaturen sind die alten. Puls 104. Patient klagt über Müdigkeit und Kopfschmerz. Neigung zu Durchfall.

10. April. Die Temperaturen zeigen dieselben Schwankungen, morgens zwischen 36,8 und 37.1, abends zwischen 38,8 und 40,0. Die Flecke auf der Brust, dem Bauch und den Extremitäten sind geschwunden, diejenigen auf dem Rücken nur noch schwach angedeutet. Die Infiltrate auf dem Rücken sind nicht mehr nachweisbar. Die Hals- und Inguinaldrüsen sind wie früher sehr stark vergröfsert, die Axillardrüsen sind ebenso wie die Kubitaldrüsen etwas kleiner geworden. Die Milzvergröfserung besteht unverändert fort. Die Bronchitis hat nachgelassen. Die Neigung zu Durchfällen dauert an. Der Puls schwankt zwischen 104 und 120. Patient hat 35 Arsenikinjektionen und 12 Hg-Einreibungen erhalten.

Blutbefund: Rote Blutkörperchen 5500000
Weifse Blutkörperchen 3200.

Das Verhältnis der weifsen Blutkörperchen zu den roten wie 1:1718.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hämoglobingehalt | 100% | | |
| Neutrophile Leukocyten | 83,0% | | |
| Lymphocyten | 14,0% | grofse | 3,0% |
| | | kleine | 11,0% |
| Eosinophile Leukocyten | 2,0% | | |
| Übergangsformen | 1,0%. | | |

Malariaplasmodien liefsen sich nicht nachweisen. Patient verläfst seinem Wunsch gemäfs das Krankenhaus. Zwecks mikroskopischer Untersuchung war bereits am 18. Februar ein Stückchen Haut vom Rücken exstirpiert worden. Die von Dr. MAMUROWSKY vorgenommene Untersuchung ergab folgende Veränderungen: Die papilläre Schicht ist stellenweise abgeflacht, stellenweise bildet sie breite und flache, warzenartige Erhebungen. Das Corium besteht sowohl in den oberflächlichen, als auch tiefer gelegenen Schichten aus fibrösem Bindegewebe, in welchem sich Anhäufungen von lymphoiden Zellen finden, die von verschiedener Form und Gröfse sind und sich vorzüglich in der Umgebung der Haarbälge und Schweifsdrüsen lokalisieren.

## Zusammenfassung der Krankengeschichte.

Bei einem 46jährigen, angeblich hereditär luetischen, dem Alkohol ergebenen, intelligenten Fabrikarbeiter wurden über 100, bald hell-, bald dunkelrote, im allgemeinen nicht juckende Flecke und Infiltrate von verschiedener Gröfse, aber meist runder Form auf, resp. in der Haut des Rumpfes und der Extremitäten beobachtet. Aufserdem liefsen sich kolossale

Lymphdrüsentumoren am Unterkiefer, am Halse, in den Achselhöhlen, in den Ellenbogen und in der Leistengegend, wie ein Milztnmor und abendliche Temperatursteigerungen konstatieren. Die Temperaturen waren anfangs nicht hoch, stiegen aber nach Probepunktion der einen Axillardrüse auf 39°, ja 40° und blieben während einer fast zweimonatlichen Beobachtung trotz verschiedener Behandlungsversuche ganz unverändert. Letztere waren aber von ganz vorzüglicher Wirkung auf die Flecke und Infiltrate, indem diese so gut wie völlig schwanden. Der Blutbefund ergab trotz mehrfacher Untersuchungen weder eine absolute, noch eine relative Lymphocytose, im Gegenteil eine allmähliche Abnahme der Anzahl der weißen Blutkörperchen von 4500 auf 3200 bei normaler Anzahl der roten Blutkörperchen. Histologisch handelte es sich um Anhäufung von lymphoiden Zellen in dem aus fibrösem Bindegewebe bestehenden Corium.

Das klinische wie histologische Bild dieses Falles entspricht genau den früheren Vorstellungen von der Pseudoleukämie der Haut, aber nicht den neueren, da sich nicht einmal die geringste relative Lymphocytose fand und die Anzahl der weißen Blutkörperchen anstatt irgendwie zu steigen, eher abnahm (Leukopenie). Um aber den Fall besser mit den bisher in der Literatur beschriebenen Fällen, so weit ich solche habe finden können, zu vergleichen, seien dieselben in folgendem kurz skizziert.

1. Hutchinsons (13) Fall vom Jahre 1875 betrifft einen 19jährigen Mann mit Schwellung der Lymphdrüsen und 139 erbsen- bis haselnußgroßen Knoten in der Haut und im Unterhautzellgewebe. Patient starb nach ca. einem Jahr und bei der Sektion wurden außer den genannten Erscheinungen noch Knoten im Gehirn, in den Lungen und am Peritoneum gefunden. Kein Leber- wie Milztumor. Histologisch erwiesen sich die Knoten von adenoider Struktur. Keine Blutuntersuchung.

2. Falkenthal (7) beobachtete im Jahre 1884 einen 14jährigen Knaben, der zwei erbsengroße, schmerzhafte Anschwellungen auf dem Hinterkopf und ebensolche auf der Brust aufwies. Der Knabe ging unter Zunahme des Leidens ein und bei der Sektion fanden sich zahlreiche Drüsenschwellungen und multiple Lymphome in der Haut, welche aus einer Anhäufung von Lymphocyten bestanden. Kein Blutbefund.

3.—5. Wagner (36) beschreibt im Jahre 1888 drei Fälle:

a) einen 22jährigen Mann mit juckendem, prurigoartigem Hautausschlag und vergrößerten Lymphdrüsen;
b) ein 16jähriges Mädchen mit purpuraartigem, papulösem, nicht juckendem Hautausschlag und Drüsenschwellung;
c) einen 47jährigen Mann mit Knötchen auf der Haut des Gesichts und des Körpers.

In allen drei Fällen erlagen die Kranken ihrem Leiden. Keine Blutuntersuchungen.

6. Gleichfalls dem Jahre 1888 gehört RECKLINGHAUSENS (29) Beschreibung eines Falles von Lichen ruber acuminatus bei einer 45jährigen Kranken an, welche starb. Erst bei der Sektion wurde die Diagnose umgestoſsen, da sich Milz- und Lymphdrüsenschwellungen fanden und die histologische Untersuchung an den Stellen der Lichenknötchen Lymphom ergab.

7. Es folgt im Jahre 1889 MAX JOSEPHS (16) bekannte Beschreibung des 66jährigen Schlossers mit kolossalen Drüsen in den Leisten, in den Achseln, am Halse und einem stark juckenden, aus Knötchen bestehenden Ausschlag. Auſserdem fanden sich noch etwa zehn derbe, kleinerbsengroſse Platten im Corium. Die Blutuntersuchung ergab zwar eine geringe Verminderung der roten Blutkörperchen, aber keine Vermehrung der weiſsen Blutkörperchen. Einige Monate darauf starb der Kranke an einer akuten hämorrhagischen Nephritis. Bei der Sektion fanden sich auſser den genannten Erscheinungen noch eine Hyperplasie der Milz und Lymphome in der Leber. Eine histologische Untersuchung der Haut hat nicht stattgefunden.

Im Jahre 1891, auf dem III. Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft zu Leipzig, kam die Pseudoleukämiefrage durch ARNING zur Sprache, worauf auch MAX JOSEPH und TOUTON über einschlägige Beobachtungen Mitteilung machten.

8. ARNING (1). Junges Mädchen mit Knötchen auf der Nase, dem linken oberen Augenlid, der Schleimhaut der Unterlippe und des harten Gaumens, wie subcutanen Tumoren im Gesicht, am Hals und den oberen Extremitäten. Keine Lymphdrüsenschwellung. Normaler Blutbefund. Histologisch zeigte sich die gesamte Dicke der Cutis von einer Granulationsmasse eingenommen. Unter Arsenikbehandlung trat Besserung ein.

9. MAX JOSEPH (17). 31jähriger Maschinenputzer mit Geschwülsten von Erbsen- bis Walnuſsgröſse in der Haut des Halses wie der Brüste und Lymphdrüsenschwellung. Blutbefund nahezu normal. Patient starb und bei der Sektion wurden Lymphosarkome gefunden, die mikroskopisch aus meist rundlichen, aber auch vereinzelten spindelförmigen Zellen bestanden.

10. TOUTON (34). 50jähriger Metzgermeister mit verschieden groſsen, braunroten, derben, stark prominenten, heftig juckenden Knoten im Gesicht, auf dem Kopf und am ganzen Rumpf. Vergröſserung der Leistendrüsen, Leberschwellung. Mikroskopisch handelte es sich um Anhäufungen rundlicher Zellen, mitunter aber auch um spindelförmige Elemente. Keine Blutuntersuchung. Unter Arsenbehandlung trat Heilung ein.

11. FRÖHLICH (8) beschreibt im Jahre 1893 folgenden Fall: 25jähriger Zimmermalergehilfe mit haselnuſsgroſsen Tumoren der Augenlider und einer taubeneigroſsen Geschwulst an der Vorderfläche der rechten Tibia. Lymph-

drüsenschwellung. Der Blutbefund zeigte dazwischen eine starke Zunahme der weiſsen Blutkörperchen bis zu 1:26 mit Überwiegen der mittelgroſsen und ganz kleinen Formen, kurz vor dem Tode aber wieder normale Verhältnisse, nämlich 1:326. Hb 52%. Patient starb unter den Erscheinungen einer linksseitigen Pleuropneumonie. Mikroskopisch: Infiltration lymphoider Zellen in der Cutis.

Gleichfalls aus dem Jahre 1893 stammt eine ausführliche Arbeit von WESTPHAL (39) über Pseudoleukämie, welcher, wie anfangs gesagt, unter einer gröſseren Anzahl beobachteter Fälle von Pseudoleukämie auch drei erwähnt, welche von Hauterscheinungen begleitet wurden:

12. WESTPHAL. 16jähriges Mädchen mit zahlreichen, kleinen Hämorrhagien auf der Haut des Rumpfes, hirsekorn- bis stecknadelkopfgroſsen, prominenten, rötlichen Knötchen, besonders an den Streckseiten der Extremitäten, Lymphdrüsenvergröſserung, Leber- und Milztumor. Das Blut zeigte mikroskopisch keine Leukocytose. Unter hohem intermittierendem Fieber trat der Tod ein.

13. WESTPHAL. 47jähriger Mann mit einem stark juckenden, aus leicht erhabenen Knötchen bestehenden Ausschlag und allgemeiner Lymphdrüsenvergröſserung. Klinisch keine Milzvergröſserung nachweisbar. Blutbefund normal. Patient starb. Bei der Sektion fanden sich auch Lymphome der Milz und Leber.

14. WESTPHAL. 26jähriger Mann mit Drüsenschwellungen und trockenem, schuppendem, juckendem Ekzem des Gesichts und des behaarten Kopfes. Milz und Leber nicht vergröſsert. Leichte Oligocythämie. Verhältnis der weiſsen zu den roten Blutkörperchen wie 1:501. Der Zustand des Kranken besserte sich. Sein weiteres Schicksal ist unbekannt.

15. PETER (26) veröffentlichte im Jahre 1894 einen Fall von Pityriasis rubra und Pseudoleukämie bei einem 42jährigen Manne. Auſser den Erscheinungen der Pityriasis rubra fanden sich Lymphdrüsentumoren, Leber- und Milzschwellung bei normalem Blutbefund. Patient starb. Die histologische Untersuchung der Haut ergab hochgradige Atrophie der Haut, insbesondere der Epidermis, und mäſsige Entzündungserscheinungen in der Cutis (Rundzelleninfiltration).

Demselben Jahr gehört

16. WASSERMANNS (37) Beschreibung von Dermatitis exfoliativa und Pseudoleukämie bei einer 30jährigen Arbeiterin an, wobei die Diagnose Pseudoleukämie nur auf Grund von relativer Lymphocytose gestellt wurde, da sich weder Drüsenschwellungen noch ein Milztumor nachweisen lieſsen. Unter intermittierendem Fieber, morgens 37,0, abends 40,0, und Durchfällen ging die Kranke ein. Bei der Sektion wurden retroperitoneal gelegene Drüsenpakete gefunden.

Die nächsten drei Jahre bringen einen Stillstand für die Frage der Pseudoleukämie der Haut, denn erst im Jahre 1897 beobachtete

17. PFEIFFER (27) seinen Fall, welcher einen 56jährigen Bauer betrifft, der Hautverdickungen an der Nase, über beiden Supraorbitalbögen, am Kinn, Tumoren in den Brüsten, Lymphdrüsenschwellungen, Milztumor, Zunahme der Leber und relative Vermehrung der kleinen, mononukleären Leukocyten aufwies. Histologisch handelte es sich um Zellinfiltrate, die hauptsächlich aus lymphocytären und nur zu sehr geringem Teil aus polynukleären Elementen bestanden. Das weitere Schicksal des Kranken ist unbekannt.

Im Jahre 1899 beschreibt

18. NOTTHAFT (24) folgenden Fall: 45jähriger Mann mit multiplen, linsen- bis pfennigstückgrofsen, erhabenen, hart infiltrierten, geröteten Stellen auf der Haut des Bauches und der Oberschenkel. Schwellung der Drüsen. Kein Milztumor. Blutbefund: 3530000 rote und 35000 weifse Blutkörperchen. Histologisch: Rundzelleninfiltration, besonders um die strotzend mit Lymphocyten gefüllten Lymphgefäfse herum. Der Patient starb.

Dem Jahre 1901 gehören die Beobachtungen von KIRKOROFF, AUDRY und KAPOSI an.

19. KIRKOROFF (19) fand bei der Sektion einer männlichen Leiche einen haselnufsgrofsen Knoten auf dem behaarten Kopf, zwei erbsengroíse Knoten im rechten Nasenflügel und zehn Knoten von verschiedener Gröfse und weicher Konsistenz auf der vorderen und hinteren Thoraxhälfte. Aufserdem fanden sich aber noch Knoten auf dem harten Gaumen, auf der Plica ary-epiglottica sin., auf dem linken wahren Stimmbande, in der linken Lunge und im Epicard; ferner Lymphdrüsenschwellung, Milz- und Lebervergröfserung. Histologisch handelte es sich um Rundzelleninfiltration im Corium. Die zu Lebzeiten vorgenommene Blutuntersuchung hatte einen normalen Befund ergeben.

20. AUDRYS (2) Beobachtung betrifft eine 64jährige Bediente mit Ekzema seborrhoicum und später urtikariellen Eruptionen, Lymphdrüsenvergröfserung und Veränderungen des Blutes. Anzahl der roten Blutkörperchen 3689000, der weifsen Blutkörperchen 12400. Im Speziellen:

| | |
|---|---|
| Lymphocyten | 60,6 %, |
| Mononukleäre | 19,4 %, |
| Polynukleäre | 16,8 %, |
| Eosinophile | 3,2 %. |

Milz und Leber waren nicht verändert. Patientin starb nach einigen Monaten. Die histologische Untersuchung der Haut bot die für Seborrhoe gewöhnlichen Erscheinungen.

21. KAPOSI (18) demonstrierte am 6. März 1901 in der Wiener dermatologischen Gesellschaft einen 46jährigen Mann mit Lymphdrüsen-

schwellung, Juckreiz und spärlichen, kleinen Urticariaknötchen auf der Haut. Kein Milztumor. Keine Veränderung des Blutes.

22. Gerschun (9) führte am 1. März 1902 in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft einen Mann mit heftig juckenden Papeln auf dem Körper, Lymphdrüsentumoren und Zunahme der weifsen Blutkörperchen vor (Anzahl der roten Blutkörperchen 4000000, der weifsen 40000). Leber- und Milzvergröfserung fehlten.

23. Jacobsohn (14) stellte am 6. Mai 1902 in der Berliner dermatologischen Gesellschaft einen Patienten vor, der seit drei Jahren an multiplen Drüsenschwellungen leidet, welche zeitweilig unter Arsenik zurückgingen. Zu den Drüsenschwellungen am Halse waren starke Infiltrationen der Haut hinzugetreten. Relative Lymphocytose. Vergröfserung der Milz wie der Leber.

24. Buschke (4) demonstrierte am 4. November 1902 in der Berliner dermatologischen Gesellschaft einen 48jährigen Landwirt mit Hautjucken, prurigoähnlichen Knötchen, frischen urtikariellen Pusteln, Lymphdrüsenschwellung, beträchtlicher Milzvergröfserung und geringer Leberzunahme. Keine Veränderungen des Blutes. Die histologische Untersuchung ergab keine lymphöse Infiltration, sondern nur leicht entzündliche Veränderungen.

25. Hirschberg (11) stellte am 20. Mai 1903 in der Berliner medizinischen Gesellschaft einen 57jährigen Mann mit Pseudoleukämie und multiplen Lipomen (?) am Kopf und Hals vor. Relative Lymphocytose. Keine Milzvergröfserung.

In derselben Gesellschaft demonstrierte

26. Eger (6) am 16. Dezember 1903 einen Fall von Pseudoleukämie mit Drüsenschwellung und juckender Knötchenbildung auf der Haut.

27. Dutoit (5) beschreibt in seiner im Jahre 1903 erschienenen Inauguraldissertation folgenden Fall: Pseudoleukämische Tumoren in allen vier Augenlidern. Drüsenschwellung. Lebervergröfserung. Milz nicht vergröfsert. Anzahl der roten Blutkörperchen 3936000, der weifsen 12000. Mehrfache Operation der Tumoren führte zeitweilige Besserungen herbei, später Tod unter Erscheinungen von Pleuritis und Bronchopneumonie.

28. Riehl (30) demonstrierte am 24. Februar 1904 in der Wiener dermatologischen Gesellschaft eine Frau mit eigenartigen dunkelbraunen, symmetrisch an beiden Ohren, am Stamme und auf den obersten Partien beider Oberschenkel gelegenen, hanfkorn- bis walnufsgrofsen Knoten, die in der Haut liegen und von weicher Konsistenz sind. Multiple Drüsenschwellungen, Milztumor. Vermehrung der Leukocyten, aber keine Leukämie. Histologisch fanden sich neben den Leukocyten auch reichlich Spindelzellen.

29. In Nicolaus (23) ausführlich beschriebenem Fall handelt es sich um einen 60jährigen Landmann mit universeller Dermatitis exfoliativa,

allgemeinem Pruritus, vergrößerten Lymphdrüsen, Milzschwellung und relativer Lymphocytose des Blutes. Zwei Jahre nach Beginn der Erkrankung starb Patient an einer Bronchitis purulenta. Die histologischen Veränderungen der Haut bestanden vor allem in einer Atrophie der Epidermis und in einer Infiltration im Stratum papillare, die teils Lymphocyten, teils aber auch Spindelzellen enthielt.

30. Linser (21) bringt im Jahre 1906 die Beschreibung zweier Fälle, von denen aber für uns nur der eine in Betracht kommt, weil der andere in Leukämie überging. Der Pseudoleukämiefall betraf einen 54jährigen Tagelöhner mit großen Geschwülsten der rechten Wange, der linken Halsseite, unterhalb der linken Brustwarze, die in der Haut begannen, aber bis in die Muskulatur weiterwuchsen, ferner einer großen Anzahl teils intra-, teils subcutan gelegener Tumoren von Erbsen- bis Taubeneigröße auf dem Abdomen, auf der linken Wange, am Hals und auf den Schultern, teilweiser Drüsenschwellung, Leber- und Milzschwellung. Blutbefund: 4240000 Erythrocyten, 9100 Leukocyten, aber mit relativer Lymphocytose. Histologischer Befund der Haut: Rundzelleninfiltration ohne charakteristische Anordnung. Patient starb einige Monate später zu Hause.

31. Glaserfeld (10) demonstrierte am 8. Mai 1906 in der Berliner dermatologischen Gesellschaft einen 59jährigen Schuhmacher mit multiplen Lymphomen, kleineren und größeren, teils roten, schuppenden Flecken, teils Knötchen in der Haut, die unter Arsenik zurückgingen. Relative Lymphocytose des Blutes.

32. Jadassohn (15) stellte am 12. September 1906 auf dem Berner Dermatologenkongreß eine 33jährige Patientin vor, die auf beiden Wangen in symmetrischer Weise angeordnete Knötchen und Knoten gehabt hatte, die unter Exzision und Arsenik völlig geschwunden waren. Trotz des Fehlens von Lymphdrüsenvergrößerungen, von Milzschwellung, wie irgendwelcher Veränderungen des Blutes sieht J. dennoch den Fall, auf Grund des histologischen Bildes der Haut als wahrscheinlich zur Pseudoleukämie gehörig an. Die Cutis erwies sich mehr oder weniger angefüllt von rundlichen Herden, welche den Eindruck eines lymphadenoiden Gewebes machten (Ansammlung von Lymphocyten).

33. Miglorinis (22) Fall, welcher leider in dem mir zugänglichen Referat sehr kurz abgehandelt wird, betrifft einen 27jährigen Mann mit pseudoleukämischen Erscheinungen der Haut, der Lymphdrüsen, der Milz und verschiedener anderer innerer Organe. Histologisch glichen die gefundenen Veränderungen weder Lymphomen, noch Sarkomen, sondern Granulomen sui generis.

34. Wechselmann (38) beobachtete, nach seiner im Jahre 1907 erschienenen Veröffentlichung, einen 45jährigen Tapezierer, der im Jahre 1905 Erscheinungen von Erythrodermia exfoliativa universalis, Lymph-

drüsentumoren und eine geringfügige, relative Lymphocytose mit starker Vermehrung der eosinophilen Zellen darbot. Milz und Leber waren nicht deutlich vergrößert. Unter Arsenikbehandlung besserte sich der Zustand derart, daß Patient als geheilt entlassen werden konnte. Im Jahre 1907 wurde Patient in das RUDOLF VIRCHOW-Krankenhaus mit normaler Haut, deutlicher Drüsenschwellung, etwas vergrößerter Milz und demselben Blutbefund wie früher, aufgenommen. Die histologische Untersuchung der Haut zeigte eine Infiltration in der Cutis, besonders um die Gefäße.

35. KREIBICH (20) berichtet im Jahre 1908 über folgenden Fall: 23jähriger, mit hämorrhagisch imbibierten Tumoren in der Haut des ganzen Körpers, Urticaria, Lymphdrüsenschwellungen und relativer Lymphocytose des Blutes, die später aber in Leukopenie überging. Die anatomischen Veränderungen der Haut bestanden in einer Infiltration mit kleinen Lymphocyten. Patient starb. Bei der Sektion erwies sich die zu Lebzeiten nicht palpable Milz als vergrößert.

36. KREIBICH (20) beschreibt in derselben Arbeit noch einen zweiten Fall, den er aber nicht zur Pseudoleukämie, sondern wegen der Veränderungen in den Lymphdrüsentumoren mehr zur STERNBERGschen, eigenartigen Tuberkulose zu rechnen geneigt ist. Es handelt sich um einen 29jährigen Arbeiter mit Hautveränderungen einer rezidivierenden, papulösen Urticaria (atypischer Prurigo), mit Lymphdrüsentumoren und neutrophyler Leukocytose. Die anatomische Untersuchung der Lymphdrüsen zeigte eine hochgradige Bindegewebsvermehrung. Milz normal. Keine deutlichen Zeichen von Tuberkulose, keine Reaktion auf Tuberkulin.

37. Auch von TOUTON (35) rührt eine zweite Beobachtung her, die eine 29jährige Frau mit zwei verschiedenen Arten von Hautveränderungen betrifft: einerseits derb elastische Knoten am Kopf und besonders im Gesicht, andererseits hirsekorngroße und kleinere Knötchen im Gesicht, aber auch auf dem Körper. Vergrößerte Cervikal-, Submaxillar-, Inguinal- und Kruraldrüsen. Milz und Leber normal. Die von Dr. APOLANT vorgenommene Blutuntersuchung ergab eine ausgesprochene Leukopenie (2240 Leukocyten im Kubikzentimeter), ferner aber eine beträchtliche relative Verminderung der Neutrophilen, auf Kosten der Lymphocyten und vor allem der Eosinophilen.

38. Im BRUUSGAARDschen (3), mir nur in einem sehr kurzen Referat bekannten Fall war beinahe der ganze Körper von tiefgelegenen, hanfkorn- bis erbsengroßen Knötchen übersät, neben denen größere pomphusähnliche Geschwülste mit starkem Jucken bestanden. Alle zugänglichen Lymphdrüsen waren geschwollen.

39. RIEHL (31) machte am 11. März 1908 in der Wiener dermatologischen Gesellschaft Mitteilung über eine Patientin, die seit 15 Jahren an multiplen, an Pseudoleukämie erinnernden Drüsenschwellungen am

Halse, Nacken, in den Achselhöhlen und Leisten leidet. Auf eine Arseniktherapie gingen dieselben zeitweise zurück, dann traten aber an den Streckseiten der Arme und Beine zahlreiche, typische Folliclisefflorescenzen, an den unteren Extremitäten, die markanten Erscheinungen des Erythema indurativum BAZIN, auf.

Mit meinem zu Anfang beschriebenen Fall sind es also 40 Fälle von Pseudoleukämie der Haut, die 28 Männer, 10 Frauen und 2 Personen, deren Geschlecht nicht angegeben war, betreffen. Das männliche Geschlecht wird somit bedeutend häufiger von dieser Krankheit befallen, als das weibliche.

Das Alter der Kranken schwankte in weiten Grenzen, nämlich zwischen 14 und 66 Jahren.

Die zur Beobachtung gekommenen Veränderungen der Haut sind recht mannigfaltiger Art, aber dennoch in der Hälfte der Fälle, nämlich in 20, in Form von Knoten resp. Infiltraten der Haut. In zehn Fällen traten die Hauterscheinungen als Prurigo resp. Urticaria, in zwei als Urticaria, verbunden mit Hämorrhagien (Fälle von WAGNER und WESTPHAL), in drei als Dermatitis exfoliativa (Fälle von NICOLAUS, WASSERMANN, WECHSELMANN), in zwei als Ekzem (Fälle von AUDRY, WESTPHAL) und in je einem Fall als Lichen ruber acuminatus (Fall von RECKLINGHAUSEN), Pityriasis rubra (Fall von PETER) und als Folliclis (Fall von RIEHL) auf. Mein Fall gehört durch seine Knotenbildung in der Haut zu derjenigen Form von pseudoleukämischen Veränderungen der Haut, die am häufigsten vorkommt. Diese Knoten können aber, wie wir gesehen haben, in sehr wechselnder Weise auftreten, bald als geringfügige Hautverdickungen an der Nase und über den Supraorbitalbögen, wie im PFEIFFERschen Fall, bald in vereinzelten Knoten, die im FALKENTHALschen Fall am Hinterkopf und auf der Brust, im JADASSOHNschen Fall auf den Wangen, in den Fällen von FRÖHLICH und DUTOIT in den Augenlidern safsen, bald über den ganzen Körper ausgebreitet sein können und gelegentlich eine ganz enorme Anzahl erreichen, nämlich im HUTCHINSONschen Fall 139, in meinem Fall über 100. Während aber meistenteils das Gesicht als Lieblingssitz für die Knoten angegeben wird, war dieses in meinem Fall, wo sich die Infiltrate ausschliefslich auf dem Rumpf und den Extremitäten lokalisierten, ganz von denselben verschont geblieben. Schleimhautknoten haben nur ARNING und KIRKOROFF beschrieben, und zwar ersterer auf der Schleimhaut der Unterlippe und des harten Gaumens, letzterer auf dem harten Gaumen, auf der Plica ary-epiglottica sin. und auf dem linken, wahren Stimmbande. Von grofser Verschiedenheit scheint auch die Farbe der Knoten zu sein, hellrot in meinem Fall, rötlich in dem einen WESTPHALschen Fall, rot im GLASERFELDschen Fall, braunrot in dem einen TOUTONschen Fall, dunkelbraun in dem einen RIEHLschen Fall und

hämorrhagisch imbibiert in dem einen KREIBICHschen Fall. Teils sitzen die Knoten in der Haut, teils unterhalb derselben und im LINSERschen Fall griffen sie sogar bis zur Muskulatur über. Bei der Sektion wurden in den Fällen von HUTCHINSON, KIRKOROFF und MIGLIORINI Knoten in verschiedenen inneren Organen gefunden. In der Regel verursachen die Knoten der Haut, zum Unterschiede von der pruriginösen Form, kein Jucken oder wenn dasselbe vorkommt, so ist es, wie auch in meinem Fall vorübergehend und unbedeutend. Die Haut über den Knoten wird mehr oder weniger in allen Fällen als unverändert bezeichnet.

Auf die übrigen Veränderungen der Haut, unter denen sich die Pseudoleukämie äußsern kann, näher einzugehen, halte ich nicht am Platz, da sie kein Analogon in meinem Fall finden.

Von den sonstigen Symptomen, welche zum Bilde der Pseudoleukämie gehören, ist dasjenige der Lymphdrüsenschwellung das konstanteste. Es fehlte unter allen besprochenen Fällen nur in denjenigen von ARNING, WASSERMANN und JADASSOHN. Anders ist es mit der Milzschwellung, welche bloſs in 14 der beschriebenen Fälle mit Sicherheit konstatiert wurde, zu denen auch mein Fall gehört, während dieselbe in 13 Fällen strikt verneint wird. In ebenfalls 13 Fällen fehlen Angaben über die Milz.

Noch seltener erwies sich die Leber vergröſsert, nämlich nur in elf Fällen, auch in meinem Fall war eine Lebervergröſserung nicht mit Sicherheit nachzuweisen.

Fieber wird nur von wenigen, so von WESTPHAL, WASSERMANN und mir erwähnt, immer war dasselbe von intermittierendem Charakter.

Wenden wir uns den beiden wichtigsten Symptomen, dem Blutbefunde und dem histologischen Bilde der Haut zu, so sehen wir auch in diesen beiden Punkten keine groſse Harmonie. Das Blut zeigte nur in 15 Fällen eine relative Lymphocytose resp. eine Zunahme der weiſsen Blutkörperchen, in zwei Fällen (im zweiten TOUTONschen und in dem einen KREIBICHschen Fall) zwar auch eine relative Lymphocytose, aber verbunden mit einer Verminderung der weiſsen Blutkörperchen, in einem Fall (in meinem) eine Leukopenie ohne jede relative Lymphocytose und in zehn Fällen weder eine quantitavive, noch eine qualitative Veränderung. In zwölf Fällen endlich fehlen Angaben über den Blutbefund. Das von PINKUS (28) als Hauptkriterium bei Pseudoleukämie geforderte Symptom der Blutveränderung würde selbst unter der Voraussetzung, daſs es in den letztgenannten zwölf Fällen bestanden haben sollte, nicht einmal in drei Viertel aller Fälle beobachtet worden sein. Es ist somit dieses Symptom nicht immer vorhanden.

Wie steht es nun mit dem zweitwichtigsten Symptom, den histologischen Veränderungen der Haut? Wohl haben die meisten Autoren, darunter auch ich in meinem Fall, eine Infiltration in der Cutis und auch

im Unterhautzellgewebe gefunden, die aus kleinen Rundzellen besteht, welche grofse Ähnlichkeit mit lymphoiden Elementen aufweisen, aber dieses ist nicht der einzige Befund. Das Vorkommen von Spindelzellen erwähnen MAX JOSEPH, TOUTON, NICOLAU und RIEHL, während ARNING und BUSCHKE nur von einem Granulationsgewebe sprechen, HUTCHINSON in seinem Fall adenoides Gewebe, MIGLIORINI Granulombildung sui generis fand und eine ganze Reihe von Autoren überhaupt gar keine Untersuchung vorgenommen haben. Weder ist somit das histologische Bild ein ganz gleiches, noch auch ein streng charakteristisches für Pseudoleukämie. Überhaupt stellt, wie mir scheint, für den Augenblick die Pseudoleukämie keinen völlig einheitlichen Krankheitstypus dar und wird ihn wohl auch nie darbieten, weil einerseits die betreffenden Fälle nicht immer bis zum Tode beobachtet werden können und andererseits gar mancher Fall unter einer interkurrenten Krankheit früher zugrunde geht, als bis sich alle für Pseudoleukämie sprechenden Symptome ausgebildet haben. Von den in der Literatur beschriebenen Fällen sind eigentlich nur sehr wenige so charakteristisch, dafs sie über jeden Zweifel erhaben sind. Sollen wir nun alle nicht ganz typischen Fälle deswegen von der Diagnose Pseudoleukämie ausschliefsen? Ich glaube nicht, es sei denn, dafs sie ausgesprochene Zeichen einer der anderen in Frage kommenden Krankheiten, wie Lymphosarkom, benigne sarkoide Geschwulst usw. an sich tragen. Wie schwer aber oft die Entscheidung wird, sieht man an dem zweiten besprochenen Fall von KREIBICH, den er selbst wegen der mikroskopischen Veränderungen in den Drüsen (hochgradige Bindegewebsvermehrung) nicht zur Pseudoleukämie zählt. Alle übrigen Symptome sprechen aber entschieden für Pseudoleukämie und das Fehlen der Tuberkulinreaktion doch eher gegen die Annahme einer Tuberkulose, so dafs ich den Fall lieber zur Pseudoleukämie rechnen möchte. Auf der anderen Seite lassen einige der aufgezählten Fälle wegen ihrer histologischen Struktur Zweifel aufkommen, ob sie mit Recht zur Pseudoleukämie und nicht besser zum Lymphosarkom zugezählt werden, wie z. B. der HUTCHINSONsche, der KIRKOROFFsche, der MIGLIORINIsche und der zweite MAX JOSEPHsche Fall. Wenn ich sie trotzdem unter die Fälle von Pseudoleukämie aufgenommen habe, geschieht es, weil die betreffenden Autoren sie selbst dazu rechnen und weil es sich nicht leugnen läfst, dafs manche Anhaltspunkte für diese Auffassung sprechen.

Was nun meinen eigenen Fall anbetrifft, so spricht, wie gesagt, alles, bis auf den Blutbefund für eine Pseudoleukämie. Aus allem Gesagten glaube ich die Berechtigung zu haben, dennoch meinen Fall als solche aufzufassen, zumal da PALTAUF (25) und HIRSCHFELD (11) die Möglichkeit fehlender Blutveränderung bei Pseudoleukämie zulassen.

Die Prognose der Pseudoleukämie ist, wie die Betrachtung der be-

schriebenen Fälle ergibt, eine sehr ungünstige. In 21 unter den 40 Fällen trat der Tod in einigen Monaten, höchstens in einigen Jahren ein (eine Ausnahme bildet nur der eine RIEHLsche Fall, wo das Leiden angeblich 15 Jahre bestand), in 14 Fällen ist das weitere Schicksal der Kranken unbekannt geblieben und nur in fünf Fällen (im ARNINGschen, in beiden TOUTONschen, im WECHSELMANNschen und JADASSOHNschen Fall) wird von Besserung, ja Heilung gesprochen. In meinem Fall trat, abgesehen von dem Rückgang der Hauterscheinungen, eine Besserung nicht ein und Patient verliefs das Krankenhaus, um, wie er sich selbst ausdrückte, lieber zu Hause zu sterben. Über die Therapie ist unter solchen Umständen wenig zu sagen. Da in den vereinzelten, günstig verlaufenen Fällen der gute Erfolg auf das Arsenik zurückgeführt wird, so mufs natürlich stets das Arsenik versucht werden. Andererseits wird dort, wo die Möglichkeit einer Abhängigkeit der Pseudoleukämie von Syphilis vorliegt oder wahrscheinlich ist, eine spezifische Kur in Frage treten, zumal da bei Pseudoleukämie auf syphilitischer Basis über günstige Wirkung durch Hg und Jod berichtet wird. Aus diesem Grunde sah ich mich in meinem Fall, da einerseits der Kranke an hereditärer Lues gelitten zu haben behauptete, und da andererseits die erste serodiagnostische Untersuchung schwach positiv ausfiel, verpflichtet, zuerst Jodkalium und dann auch Hg in Einreibungen anzuwenden. Trotz des Schwundes der Hauterscheinungen, welcher vielleicht nicht nur dem Arsenik, sondern auch dem Jodkalium gutzuschreiben ist, blieb der Zustand des Kranken im allgemeinen ein schlechter. Röntgenbestrahlung, welche in neuerer Zeit bei Pseudoleukämie empfohlen wird, habe ich nicht versucht.

Zum Schlufs spreche ich auch an dieser Stelle den Kollegen WERMEL, MAMUROWSKY und FECHNER meinen Dank für ihre liebenswürdige Unterstützung bei der Untersuchung des Kranken aus.

---

## Literatur.

1. ARNING, Ein Fall von Pseudoleukämie. Verh. d. Dtsch. derm. Ges., III. Kongr. zu Leipzig. Erg.-Hefte z. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. S. 203.
2. AUDRY, Sur les accidents cutanés survenues au cours d'une pseudo-leucémie lymphocythémique (leucémie lymphatique). *Ann. de derm. et de syphiligraphie.* 1901. Bd. 2, S. 471.
3. BRUUSGAARD, Beitrag zu den leukämischen und pseudoleukämischen Hautaffektionen. *Norsk. Mag. for Lägerid.* Jan. 1907. Zit. nach *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1908. Bd. 47, S. 110.
4. BUSCHKE, Verh. d. Berl. derm. Ges. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1903. Bd. 64, S. 280.
5. DUTOIT, Ein Fall von pseudoleukämischen Lymphomen der Augenlider. Inaug.-Diss., Wiesbaden 1903.
6. EGER, Verh. d. Berl. med. Ges. Ref. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 3, S. 115.

7. Falkenthal, Über Pseudoleucaemia cutis. Inaug.-Diss., Halle 1884. Zit. nach Schnitter.
8. Fröhlich, Ein seltener Fall von Pseudoleukämie. *Wien. med. Wochenschr.* 1893. Jahrg. 43, S. 383.
9. Gerschun, Verh. d. Moskauer ven.-derm. Ges. 1903. Bd. 11, S. 20 (Russisch).
10. Glaserfeld, Verh. d. Berl. derm. Ges. Ref. *Monath. f. prakt. Derm.* 1906. Bd. 42, S. 546.
11. Hirschberg, Verh. d. Berl. med. Ges. Ref. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Bd. 29, S. 179. Vereinsbeilage.
12. Hirschfeld, Über Pseudoleukämie und ähnliche Krankheitszustände. *Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 50, S. 2227.
13. Hutchinson, J. N., *Philad. med. Reporter.* 1875. Zit. nach Brandweiner, Zur Kenntnis der Mykosis fungoides. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Bd. 41, S. 415.
14. Jacobsohn, Verh. d. Berl. derm. Ges. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. Bd. 63, S. 119.
15. Jadassohn, Vorstellung eines Falles von pseudoleukämischer Erkrankung der Haut. Verh. d. Dtsch. derm. Ges., IX. Kongr. zu Bern. Berlin 1907. S. 339.
16. Joseph, Max, Über Pseudoleucaemia cutis. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1889. Jahrgang 15, S. 946.
17. — Verh. d. Dtsch. derm. Ges., III. Kongr. zu Leipzig. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Erg.-Hefte S. 209.
18. Kaposi, Verh. d. Wien. derm. Ges. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. 57, S. 449.
19. Kirkoroff, Ein Fall von Pseudoleukämie der Haut. *Russ. Arch. f. Pathol., klin. Med. u. Bakt.* 1901. Bd. 11, S. 224. (Russisch.)
20. Kreibich, Über Hautveränderungen bei Pseudoleukämie und Leukosarkomatose. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908. Bd. 89, S. 43.
21. Linser, Beiträge zur Frage der Hautveränderungen bei Pseudoleukämie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1906. Bd. 80, S. 3.
22. Migliorini, Beitrag zur Kenntnis der pseudoleukämischen Hauterscheinungen. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1907. Heft 6. Zit. nach *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1907. Bd. 44, S. 430.
23. Nicolau, Contribution à l'étude clinique et histologique des manifestations cutanées de la leucémie et de la pseudoleucémie. *Ann. de derm. et de syphiligraphie.* 1904. Bd. 5, S. 753.
24. Notthafft, Ein Fall von Pseudoleukämie. *Zieglers Beitr.* 1899. Bd. 25, S. 309. Zit. nach Nicolau und Schnitter.
25. Paltauf, Die lymphatischen Erkrankungen und Neubildungen der Haut. Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten. Wien und Leipzig 1907. Bd. 4, 2. Hälfte, S. 625.
26. Peter, Über Pityriasis rubra und die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Pseudoleukämie. *Derm. Zeitschr.* 1894. Bd. 1, S. 345.
27. Pfeiffer, Ein Fall von Pseudoleukämie mit spezifischer Erkrankung der Haut. *Wien. klin. Wochenschr.* 1897. Jahrg. 10, S. 548.
28. Pinkus, Über die Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie und bei Pseudoleukämie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. 50, S. 37.
29. v. Recklinghausen, Über Pseudoleucaemia cutis. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1888. Bd. 14, S. 994.
30. Riehl, Verh. d. Wien. derm. Ges. Ref. *Arch. f. Derm. u Syph.* 1904. Bd. 70, S. 483.

31. Riehl, Verh. d. Wien. derm. Ges. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1908. Bd. 47, S. 566.
32. Schnitter, Über leukämische und pseudoleukämische Hautveränderungen. Inaug.-Diss., Freiburg 1906.
33. Sternberg, Über eine eigenartige, unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufende Tuberkulose des lymphatischen Apparates. *Zeitschr. f. Heilk.* 1898. Bd. 19, S. 21. Zit. nach Bloch, Erythema toxicum bullosum. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1907. Bd. 87, S. 287.
34. Touton, Verh. d. Dtsch. derm. Ges., III. Kongr. zu Leipzig. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Erg.-Hefte S. 213.
35. — Der Pseudoleukämie ähnliche Hauterkrankung bei schwerer Anämie mit Leukopenie des Blutes. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1907. Bd. 85, S. 195.
36. Wagner, Über Pseudoleucaemia cutis. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1888. Bd. 38, S. 199. Zit. nach Schnitter.
37. Wassermann, Lymphämie und Hauterkrankungen. *Derm. Zeitschr.* 1893/94. Bd. 1, S. 489.
38. Wechselmann, Über Erythrodermia exfoliativa universalis pseudoleucaemica. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1907. Bd. 87, S. 205.
39. Westphal, Beitrag zur Kenntnis der Pseudoleukämie. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1893. Bd. 51, S. 83.

---

# Aus der Praxis.

## Verbessertes Glasdruckverfahren (Diaskopie).

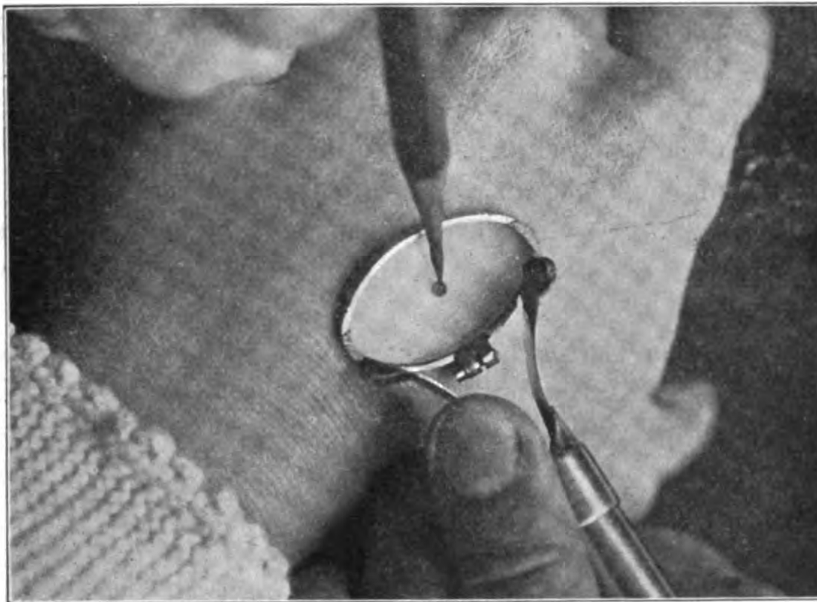
Von

Dr. Matthias Hirschberg-Riga.

Mit einer Abbildung im Text.

Das Glasdruckverfahren oder die Diaskopie muſs als diagnostisches Hilfsmittel jedem Dermatologen geläufig sein. Ich hatte mich bisher des Unnaschen Diaskops bedient; aber im Notfall kann ein Glasplessimeter oder sogar ein Objektträger genügen. Miſslich erschien mir jedenfalls der Umstand, daſs nach aufgehobenem Glasdruck das Bild schwindet, zumal beim Lupus vulgaris. Bekanntlich bleiben nach im ganzen erfolgreicher Finsen-, Röntgen- und anderer Behandlung oft vereinzelte Knötchen zurück. Für diese ist es nicht wünschenswert, obiges schwere therapeutische Geschütz noch einmal ins Treffen zu führen. Elektrolytisch oder galvanokaustisch oder mit dem Mikrobrenner lassen sich meiner Erfahrung nach derartige vereinzelte Knötchen gut zerstören. Zur besseren Sichtbarmachung und Fixierung der Knötchen auf der Haut gelegentlich derartiger Eingriffe habe ich mir folgendes Instrumentchen

konstruieren lassen: Ein nach unten etwas konvexes Brillenglas wurde in der Mitte durchlocht und das Ganze mit einem Griff versehen. Nach dem Niederdrücken des Glases über dem sichtbaren Knötchen, wird dasselbe solange verschoben, bis das Knötchen sich zentralwärts ins Loch einstellt; und nun macht man mit einem zugespitzten Dermostift oder mit Farbe, Tinte usw. einen Punkt. Wird der Glasdruck aufgehoben, so bleibt doch das Knötchen auf der Haut angedeutet. Man kann bequem dasselbe therapeutisch vornehmen. Nachstehende Abbildung erläutert das Verfahren, vermittels dessen man die Knötchen fixieren kann.



---

## Hygienische Bartbinde.

Von

Dr. H. Baumgarth-Cöln.

Angeregt durch Veröffentlichungen von Wällnitz-Dresden, der auf Grund eigener wie im Institut von Piorkowski-Berlin angestellten Untersuchungen nachweisen konnte, daſs die so harmlos erscheinende Bartbinde nach einigem Gebrauch in einer von Staub, Fett, Epidermisschuppen, Zahnpulver, Seifenschaum und Schleim gebildeten Schmutzkruste groſse Mengen mehr oder minder virulenter Bakterien beherbergt, die, in unmittelbarer Nähe der Atmungsorgane vegetierend, mitsamt dem Schmutz die Stoffbartbinde nicht nur unappetitlich, sondern gesundheitsschädlich erscheinen lassen, konstruierte ich eine Metallbartbinde, die die genannten Mängel vermeidet.

Diese Metallbartbinde ist desinfizierbar, ein Vorzug, der bisher keiner anderen existierenden Binde eigen war. Der bei den Stoffbinden aus Gaze bestehende Hauptteil, der zum Halten und Pressen des Schnurrbartes dient, ist ersetzt durch eine sehr dünne und schmiegsame, aber haltbare, gefensterte Metallmembran, von der die zur Befestigung am Hinterkopf dienenden Gummischnuren ausgehakt werden können. Dieser Metallteil kann jederzeit und von jedermann durch Auskochen oder Einlegen in desinfizierende Flüssigkeiten (cave: $HgCl_2$) sterilisiert werden, ohne Schaden zu nehmen.

In ihrer Wirkung steht die Metallbartbinde der Stoffbartbinde in keiner Weise nach, da sie sich infolge ihrer Biegsamkeit den Gesichtsformen vorzüglich anschmiegt und infolge ihrer Elastizität den Bart in wünschenswerter Weise preſst. Sie wird daher von Ärzten und Hautärzten angelegentlichst empfohlen.

Die „hygienische" Metallbartbinde findet auch Anwendung in der ärztlichen Praxis. Sie wird männlichen, einen Schnurrbart tragenden Patienten angelegt, die sich einer Operation der Nase, des Rachens oder der Ohren unterziehen.

Die hygienische Bartbinde ist erhältlich in Spezialgeschäften oder beim Generaldepot: H. Schmidt, Düsseldorf, Charlottenstr. 114, I. Preis Mark 1,50.

---

## Therapeutische Bemerkungen zur Behandlung der Trichophytiasis, der Alopecia areata, des Lupus erythematosus und der Impetigo contagiosa.

Von

Dr. Menahem Hodara.

Unna hat zur Behandlung der Trichophytie und der Alopecia areata das Chrysarobin empfohlen, entweder als Stift oder in Form von Salbe oder Pflaster; nur sollte man die Vorsicht gebrauchen, zum Schutz der Augen die so behandelten Flächen mit Zinkleim zu überziehen. Seit zwei Jahren behandle ich die genannten beiden Haarkrankheiten mit einem Gemisch von Chrysarobin und reinem Ichthyol im Verhältnis von 5:20. Von diesem Gemisch wird eine dicke Schicht auf die erkrankten Stellen aufgetragen, mit Mull bedeckt und darüber eine Kappe befestigt. Täglich, spätestens jeden zweiten Tag, wird die alte Salbe entfernt und neue aufgetragen. Diese Behandlung wird meistens gut vertragen, stellt sich aber einmal etwas Hautreiz ein, so verwendet man eine zeitlang, bis die Reizung

verschwunden ist, nur reines Ichthyol, und geht später wieder zu dem Chrysarobin-Ichthyolgemisch über. Bei erneuter Hautreizung macht man es wieder ebenso, und so fort, bis vollständige Heilung erfolgt ist; diese pflegt sich bei der Trichophytiasis nach drei bis fünf Monaten, bei der Alopecia areata nach zwei bis vier Monaten einzustellen. Die eitrigen Formen der Trichophytie — Kerion Celsi, Folliculitis agminata usw. — heilen auch unter reinem Ichthyol in einigen Monaten aus.

Den Lupus erythematosus habe ich in einigen Fällen mit dem von KAPOSI empfohlenen Sublimat-Kollodium (0,5—1,0—2,0—4,0 : 100,0) behandelt, bis sich Geschwüre und Borken bildeten; dann wurde GOULARDsches Wasser aufgelegt. Mit diesem Verfahren habe ich einzelne Fälle von Lupus erythematosus zur völligen Heilung gebracht.

Von den verschiedenen, gegen die Impetigo contagiosa empfohlenen Mitteln gebe ich folgendem, weil es ganz reizlos ist, den Vorzug:

| | |
|---|---|
| *Vaselin.* | |
| *Lanolin.* āā | 25,0 |
| *Hydrarg. praecip. rubr.* | 5,0 |
| *Acid. boric.* | 5,0 |
| *Minii* | 10,0 |
| *Amyl.* | 20,0. |

Vorher wird die Haut mit einer Sublimatlösung (1,0:3000,0—5000,0) abgewaschen. Heilung in kurzer Zeit.

Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.

---

## Versammlungen.

### Sechster internationaler Dermatologenkongreſs.

Offizielle Verhandlungen, Bd. I (Knickerbocker Press, New York 1908).

Erster Tag.

**Vorschläge gegen die Ausbreitung der Lepra.** R. CAMPANA-Rom betont die Notwendigkeit einer energischen chirurgischen Behandlung während des tuberösen Stadiums und die Bekämpfung septischer Prozesse.

D. W. MONTGOMERY-San Francisco bemerkt, daſs er nur in einem einzigen Fall die Quelle der Infektion hat nachweisen können. Im ersten Anfangsstadium bekommt der Arzt die Kranken selten zu sehen.

J. DYER-New Orleans behandelt Lepra nach hygienischen Grundsätzen mit täglichen heiſsen Bädern Chaulmoograöl oder Lebertran, Strychnin usw. Im dortigen Lepraheim sind meist 50—60 Kranke untergebracht.

P. A. MORROW-New York wendet sich gegen die Auffassung von CAMPANA, daſs die Leprabazillen in den vorgeschrittenen Stadien keine Lebensfähigkeit mehr besitzen. Übrigens müsse die Auffassung, daſs Lepra unheilbar sei, energisch bekämpft werden.

W. T. CORLETT-Cleveland erwähnt, daſs im Lepraheim in Port of Spain mit

durchschnittlich 260 Patienten während 35 Jahre kein Fall von Hausinfektion vorgekommen ist.

H. R. Crocker-London berichtet über einige Heilungen von Leprakranken. Er findet Hg-Einspritzungen nützlich.

**Die gegenwärtige Stellung der Leprafrage,** von J. Hutchinson - London. Redner tritt für seine Theorie der Übertragung der Krankheit durch Genufs von Fischen, namentlich wenn in nicht ganz guter Verfassung, ein und bespricht einige Feststellungen, welche er in Basutoland, in der Schweiz (Sion im Rhonetal), in Finnland und in der Kapkolonie erhoben hat.

**Die Behandlung der Leprome durch Eröffnung und Kauterisation mit dem Brennstift,** von J. Viñeta-Bellasera - Barcelona. Beim Einsetzen von Fieber im tuberösen Stadium hat V.-B. es sehr bewährt gefunden, die Knoten mit dem Brennstift zu öffnen und das infizierte Gewebe damit zu zerstören. Meist entleert sich viel Eiter und die Infiltrate bilden sich entschieden zurück.

**Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Béranekschem Tuberkulin,** von A. Lassueur-Lausanne. Bericht über drei schöne Erfolge bei ambulanter Behandlung. Das von Béranek in Neuchâtel bereitete Tuberkulin ist in 15 verschiedenen Graden der Konzentration hergestellt und ermöglicht ein offenbar ungefährliches und schmerzloses Behandeln.

**Die Tuberkulose der Haut in der Stadt Mexiko,** von J. G. Urueña-Mexiko. Unter 5268 Kranken, welche das Consultorio Central im Laufe von etwa zwei Jahren aufsuchten, fanden sich 46 Fälle von Hauttuberkulose, also 0,873 %. Es wurden verzeichnet: Scrophuloderma (19), Lupus erythematodes (11), Lupus vulgaris (7), Ulcera tuberculosa (3) und Lupus pernio, Tuberculosis verrucosa und Adenitis tuberculosa (je 2).

**Beitrag zum Wesen und der Therapie des Lupus erythematodes,** von R. Campana und G. Lanzi - Rom. In therapeutischer Hinsicht, und wohl auch in ätiologischer, kann man verschiedene Gruppen von Lupus erythematosus unterscheiden: solche, welche auf Tuberkulin positiv reagieren (nach C.s Erfahrungen 75—90 %), solche, die durch Kürettage und Kauterisieren beseitigt werden können, andere, welche durch Hg-Salbe nach Hebras Vorschrift geheilt werden, und eventuell solche, welche durch lange fortgesetzte kleine Dosen Chininsulfat Erfolg haben.

**Neuere Untersuchungen über das Ekzema papulo-vesiculosum,** von L. Brocq und G. Ayrignac - Paris. Diese Ekzemform, für welche Verfasser eine Sonderstellung in Anspruch nehmen, ist charakterisiert durch a) eine rundliche, leicht erhabene, gerötete Basis und b) ein zentral gelegenes zartes Bläschen, das leicht zerstört wird und in eine schwärzliche Kruste übergeht, eventuell auch eine seröse Flüssigkeit entleert. Als ätiologisches Moment sind nervöse Erregungen und Autointoxikationen zu bezichtigen. Eine Serie von 300 Urinanalysen bei 14 solchen Patienten ergab bei 80 % eine ausgesprochene Verminderung der Durchlässigkeit der Nieren und bei 90 % eine oft sehr erhebliche Steigerung der Gärungsprozesse im Darmtraktus.

**Rosacea; historisch, klinisch und therapeutisch,** von P. G. Unna-Hamburg. Nach einer ausführlichen Schilderung der an Irrungen reichen Geschichte der Rosaceaforschung in Frankreich, England, Deutschland, Österreich und Nordamerika zeigt U., dafs die Rosacea eine Teilerscheinung des seborrhoischen Ekzems ist. Die klinischen Bilder sowie die anatomischen Verhältnisse werden in ihren Hauptzügen präzise dargelegt und die Therapie in ihren Einzelheiten geschildert, wobei namentlich die Zinkpaste, Ichthyol, die Resorcinschälpaste, der Mikrobrenner Erwähnung finden. Die Leser der *Monatshefte* dürften der Hauptsache nach hiermit vertraut sein.

**Die Komplementablenkung bei Blennorrhoe und Hautkrankheiten,** von R. Müller und M. Oppenheim - Wien. Im Serum von Tripperkranken kreisen Sub-

stanzen, welche man mit der Methode der Komplementablenkung nachweisen kann. Dieselben sind (wenn auch nicht konstant) bei Arthritis blennorrhoica, Epididymitis, Prostatitis, Metritis und Endocarditis zu finden. Bei manchen Menschen (namentlich bei Psoriasiskranken) wirkt das Serum an und für sich hemmend auf die Hämolyse.

**Die methodische Kürettage als diagnostisches Hilfsmittel bei gewissen Dermatosen,** von L. BROCQ-Paris. Namentlich zur Unterscheidung zwischen echter und syphilitischer Psoriasis ist die vorsichtige Entfernung der obersten Zellschichten an den Läsionen mit einer stumpfen Kürette oder durch Reiben mit dem durch Gummiüberzug geschützten Finger ein ausschlaggebendes Hilfsmittel. Abgesehen von der allgemein bekannten Art der dabei entstehenden Blutung ist die Erscheinung der Purpura, welche dabei prompt hervortritt, charakteristisch, da diese sich bei anderen Affektionen (Lichen simplex) viel schwerer einstellt. Ferner ist für andere Affektionen (Ekzema seborrhoicum) die Menge der serösen Ausschwitzung auf der freigelegten Fläche diagnostisch und therapeutisch von Bedeutung.

**Die Bedeutung einer ausschliefslich vegetarischen Ernährung bei Psoriasis,** von L. D. BULKLEY-New York. Durch Ausschlufs jeglicher animalischer Nahrung, bei einigen Fällen sogar auch der Milch, hat B. bei vielen, teils sehr hartnäckigen Erkrankungen schöne Erfolge erzielt.

## Zweiter Tag.

### Klinische Demonstrationen.

**Fall von Akanthosis nigricans,** von L. D. BULKLEY-New York.

**Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Rhinosklerom,** von S. STERN-New York.

**Blastomykose bei einem Neger,** von G. H. FOX-New York.

**Fall von Urticaria pigmentosa mit 30jährigem Bestande,** von P. A. MORROW-New York.

**Ein Fall von KAPOSIschem multiplem, idiopathischem, hämorrhagischem Sarkom,** von A. B. BERK-New York.

**Mykosis fungoides,** von S. STERN-New York.

**Adenoma sebaceum,** von C. T. DADE-New York.

**Endarteriitis luetica,** von A. B. BERK-New York.

**Pityriasis rubra Hebrae,** von G. H. FOX-New York.

**Pityriasis rubra pilaris,** von A. B. BERK-New York.

**Carcinoma lenticulare und Lymphangitis carcinomatosa,** von J. A. FORDYCE-New York.

**Fall von syphilitischer Infektion mit symmetrischer Atrophie der Haut,** von J. A. FORDYCE-New York.

**Multiple Telangiektasen mit spontanen Hämorrhagien; Blutstigmata,** von W. S. GOTTHEIL-New York.

**Ein Fall von Parapsoriasis; fleckiger Pityriasistypus,** von W. B. TRIMBLE-New York.

**Ein Fall von Erythema induratum,** von J. A. FORDYCE-New York.

**Die Pathologie der durch den braungeschwänzten Falter bedingten Dermatitis,** von E. E. TYZZER-Boston. Vor einigen Jahren ist dieser Falter in gröfseren Schwärmen aufgetreten und hat grofse Verwüstungen angerichtet. An den Raupen finden sich gewisse mit Widerhaken versehene Haare, welche schon wiederholt die Ursache einer intensiven und ausgedehnten Dermatitis geworden sind. Es scheinen dabei physikalische und auch chemische Faktoren mitzuwirken.

**Kurze Bemerkungen über verschiedene Themata,** von J. HUTCHINSON-London. Lichen scrophulosorum und DARIERsche Dermatose. H. hat zwei Fälle von DARIERscher

Krankheit beobachtet, welche ihn davon überzeugt haben, dafs es sich hierbei nur um inveterierte Fälle von Lichen scrophulosorum handelt. Ferner macht Redner einige Bemerkungen über Flohstiche und erwähnt zwei Fälle von Primärsyphiliden an den Beinen, welche auf diese Ursache zu beziehen waren. Aufserdem tritt er für die Identität von Framboesia und Syphilis ein.

**Das idiopathische, multiple, hämorrhagische Sarkom von Kaposi**, von M. B. Hartzell-Philadelphia. Bericht über einen Fall bei einem 69jährigen Handelsreisenden; Darlegung der histologischen Verhältnisse (Abbildung). Röntgenbestrahlung mit günstigem Erfolg angewandt. Es handelte sich um ein Sarkom spezieller Art mit besonderer Beteiligung der Blutgefäfse.

**Multiples, benignes, cystisches Epitheliom**, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. Von dieser, auch als Adenoma sebaceum und Lymphangioma tuberosum multiplex klassifizierten Affektion hat Verfasser mehrere Fälle beobachtet, unter anderem bei einem Vater, dessen zwei Söhnen und zwei Töchtern, einem Onkel und einer Tante. Aus einer ziemlich eingehenden Besprechung der klinischen und anatomischen Verhältnisse (Abbildungen) gelangt H. zu dem Schlufs, dafs die Affektion am richtigsten als eine multiple, embryonale, lichenoide Affektion der Haut zu bezeichnen wäre.

**Bemerkungen über Hautleiden beim Neger**, von H. Fox-New York. Im allgemeinen neigt die schwarze Rasse weniger zu Hautkrankheiten als die weifse, während diese an anderen Affektionen seltener erkrankt als jene. Syphilis ist bei den Negern besonders verbreitet, tritt aber im allgemeinen nicht sehr virulent auf. Vergiftungen durch Rhus toxicodendron kommen bei Vollblutnegern fast nie vor, Rosacea äufserst selten und Tuberkulose der Haut, Psoriasis, Akne, Lichen planus und Sykosis wenig. Viel vertreten ist dagegen das Keloid, Ekzem und Urticaria.

**Gangraena cutis hysterica**, von H. P. Towle-Boston. Ausführliche Schilderung des klinischen Verlaufs bei vier Kranken, drei Mädchen im Alter von 16 bis 22 Jahren und einem 40jährigen Kutscher. Bei allen waren zweifelhafte hysterische Stigmata vorhanden. T. betont, dafs meistenteils irgendeine traumatische Einwirkung vorangegangen ist, dafs die Kranken sich dann zeitweilig in einem gewissermafsen somnambulen Zustand befinden und vielleicht unwillkürlich dann den Vorgang der Verletzung wiederholen.

Nachmittagssitzung.

**Über die Bedeutung der in den Hautläsionen bei Variola und Scharlach gefundenen Körperchen für die Ätiologie dieser Krankheiten**, von W. T. Councilman-Boston. Redner demonstrierte mittels Lichtbilder die von ihm im Verein mit anderen Forschern bei Variola- und Vaccinia in und an den Epithelzellen der Läsionen gefundenen Körperchen. Dieselben sind teils im Protoplasma, teils in den Kernen lokalisiert und lassen Übergangsstadien erkennen. Beim Scharlach hat Mallory in und zwischen den Epithelzellen der Haut analoge, aber immerhin andersartige Körperchen gefunden und auch im Serum bei künstlich erzeugten Blasen. C. ist von der ätiologischen Bedeutung dieser Gebilde überzeugt.

**Cytorrhyctes variolae, der Organismus der Variola**, von G. N. Calkins-New York. Redner verteidigt mit Entschiedenheit die Berechtigung, den Cytorrhyctes als den Erreger der Variola zu betrachten. Er klassifiziert diesen Organismus als ein Rhizopodon, von welchem man zurzeit allerdings nur die eine Lebensphase, die vegetative, asexuelle, kennen gelernt hat. Dieses Stadium ist charakterisiert durch die Entwicklung von Chromidium und die Bildung von kleinen reproduktiven Sporen („Gemmulae"), welche den cytoplasmatischen Kreislauf wiederholen.

**Die Opsoninmethode bei Hautkrankheiten,** von A. WHITFIELD - London. Schilderung der Technik und der Hauptmomente der klinischen Anwendung. Den Lesern der *Monatsh. f. prakt. Derm.* bekannt.

**Bakterielle Impfung zur Behandlung von suppurativen und tuberkulösen Hautleiden nach dem WRIGHTschen Verfahren,** von E. M. VON EBERTS-Montreal. Mitteilung einiger nützlicher technischer Maſsregeln und Bericht über günstige Erfolge, namentlich bei Akne indurata, Furunkulose und Sykosis.

**Bakterielle Injektionen zur Behandlung von Hautleiden,** von J. F. SCHAMBERG, N. GILDERSLEEVE und H. SHOEMAKER - Philadelphia. Bericht über klinische Beobachtungen mit der Injektion von Bakterienkulturen bei Akne, Sykosis vulgaris, Furunkulose und bei Ekzem mit pyogenen Läsionen, Psoriasis und Lupus erythematodes. In den letzten drei Erkrankungen handelte es sich nur um ein Experiment. Die Resultate waren bei den anderen Krankheitsfällen, welche sämtlich von langem Bestande und refraktärer Art waren, zum Teil frappant günstig.

**Erythema exsudativum multiforme und dessen Bedeutung nach unseren heutigen Kenntnissen — nebst einem Bericht über einen Fall von Erythema circinatum bullosum et haemorrhagicum als Folge eines Flintenschusses, offenbar hervorgerufen durch Streptokokkeninfektion und mit letalem Ausgang,** von W. T. CORLETT-Cleveland. Nach einer geschichtlichen Würdigung der Literatur Schilderung des Falles bei einem zwölfjährigen Knaben. In den Hautblasen und Bläschen fand man Reinkulturen von Streptokokken. Autopsie negativ.

**Die Notwendigkeit höherer Forderungen beim Examen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis seitens der Lehrer und Prüfungsbehörden,** von W. F. BREAKEY - Ann Arbor. B. hat eine Zusammenstellung des Lehrganges an etwa 40 medizinischen Instituten und der Prüfungsordnung von ungefähr ebensovielen Examensbehörden ausgeführt und findet erhebliche Differenzen und in manchen Fällen entschiedene Unzulänglichkeiten.

Dritter Tag, den 11. September.

Demonstration von klinischen Fällen.

**Ein Fall zum Diagnostizieren,** von J. N. HYDE und F. H. MONTGOMERY-Chicago.

**Ein Fall von Epidermolysis bullosa mit Atrophie,** von H. W. STELWAGON-Philadelphia. Die Fingerspitzen sind atrophisch und die Nägel sind verschwunden.

**Ein Fall von eigentümlichem atrophischem Ausschlag an verschiedenen Körperteilen, welcher mit lineärem Naevus Ähnlichkeit hat, mit hervorragender Beteiligung der Talgdrüsen,** von W. T. CORLETT-Cleveland. Die Affektion bei der 36jährigen, unverheirateten Patientin hatte im fünften Lebensjahre im Anschluſs an Scharlach begonnen und hatte sich stetig weiter verbreitet. Es handelte sich wohl um Naevus linearis.

**Ein Fall von Erythema figuratum perstans,** von W. T. CORLETT-Cleveland. Histologischer Befund von frischen und alten Läsionen.

**Ein Fall von ausgesprochener bläulicher Verfärbung der Haut bei einem 39jährigen Manne, welche seit 15 Jahren sich nicht merklich verändert hat,** von W. T. CORLETT - Cleveland.

**Ein Fall von Leukoplakia buccalis bei einem Neger,** von H. FOX-New York.

**Fall von idiopathischem, multiplem, hämorrhagischem (KAPOSIschem) Sarkom,** von M. B. HARTZELL - Philadelphia.

**Ein Fall von Keratosis follicularis oder DARIERscher Krankheit, Psorospermosis follicularis,** von H. W. STELWAGON - Philadelphia.

**Ein Fall von multiplem Ulcus rodens,** von T. C. GILCHRIST - Baltimore.

**Ein Fall von lupoider Sykosis mit Blasenbildung,** von J. F. SCHAMBERG-Philadelphia.

**Ein Fall von Lupus erythematodes von zwölfjähriger Dauer bei einer Negerin,** von J. F. SCHAMBERG-Philadelphia.

**Ein Fall von mehrjährigem Lupus vulgaris mit fast völliger Genesung nach Röntgenbehandlung,** von J. F. SCHAMBERG-Philadelphia.

**Die Hautblastomykose (Dermatitis blastomycetica),** von M. OPPENHEIM-Wien. Bericht über zwei in der Wiener Klinik beobachtete, mit Jodkalium erfolgreich behandelte Fälle und Besprechung einiger anderen in der Literatur verzeichneten Fälle. Die beschriebenen klinischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse stimmen im wesentlichen mit den amerikanischen Publikationen überein.

**Konstitutionelle Blastomykose, deren ätiologische, pathologische und klinische Merkmale, wie dieselben sich aus einer kritischen Betrachtung von 22 (darunter acht noch nicht publizierten) Fällen ergeben; Vergleiche zwischen Blastomykose und Granuloma coccidioidale,** von F. H. MONTGOMERY und O. S. ORMSBY-Chicago. Diesen Betrachtungen zufolge ist die Prognose bei Blastomykose sehr ernst, indem von den 22 Kranken 17 gestorben und nur zwei als genesen nachgewiesen werden konnten. Die gewöhnliche Eingangspforte für die Infektion bildeten die oberen Luftwege. Die klinischen Erscheinungen und die Sektionsergebnisse schildern Verfasser in Übereinstimmung mit anderen Publikationen. Das coccidioidale Granulom zeigt nach den Untersuchungen der Verfasser einige Unterschiede gegenüber der Blastomykose. Die 22 Krankengeschichten sind in ihren Hauptmomenten mitgeteilt sowie Berichte über vier wahrscheinliche Fälle. (Illustrationen.)

**Die Thyreoiddrüse, ein Faktor bei Urticaria chronica,** von M. L. RAVITCH-Louisville. Verfasser meint, dafs dies Leiden in manchen Fällen durch abnorm gesteigerte, in anderen durch verminderte Sekretion der Schilddrüse bedingt ist. Für letztere Gruppe von Fällen (meistens Frauen) gibt er Schilddrüsenextrakt im Verein mit Nux vomica mit gutem Erfolg, bei den anderen kommen Thyroidectin, Strophantus, Brompräparate, Atropin und die Röntgenstrahlen in Betracht.

**Hydroa puerorum (UNNA),** von M. HAASE-Memphis und R. HIRSCHLER-Philadelphia. Ausführlicher Bericht über einen in der UNNAschen Klinik in Hamburg beobachteten charakteristischen Fall.

**Dermatitis coccidioides,** von A. RAVOGLI-Cincinnati. Erschien als Originalartikel in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 46, S. 281.

Vierter Tag, den 12. September.

Klinische Demonstrationen.

**Fall von Prurigo ferox (BESNIERs diathetische Prurigo),** von J. C. JOHNSTON-New York. Genesung erfolgte auf Verabreichung von Thyreoidextrakt.

**Ein Fall von Gangrän der Zehen infolge von syphilitischer Endarteriitis; Verwechselung mit RAYNAUDscher Krankheit,** von H. FOX-New York.

**Fall von Tuberkuliden,** von B. LAPOWSKI-New York.

**Fall von Miliartuberkulose der Haut und Schleimhaut,** von B. LAPOWSKI-New York.

**Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris (DEVERGIE),** von S. POLLITZER-New York.

**Ein Fall von Lichen planus annularis,** von J. KINGSBURY-New York.

**Ein Fall von Sklerodermie und Sklerodaktylie,** von J. D. FORDYCE-New York.

**Ein Fall von Akne vulgaris und Adenoma sebaceum auf der Brust,** von J. D. FORDYCE-New York.

**Ein Fall von Argyrie,** von DAISY M. ORLEMAN-ROBINSON-New York.

**Ein Fall von Xanthoma tuberosum mit Diabetes,** von H. FOX-New York.

**Ein mittels flüssiger Luft beseitigter Naevus pigmentosus,** von W. B. Trimble-New York.

**Ein Fall von Akne necrotica,** von G. H. Fox-New York.

**Ein Fall von Adenoma sebaceum,** von G. H. Fox-New York.

**Ein Fall von ausgedehntem Lupus an beiden Leisten, gesamtem Hypogastrium und Penis inkl. Glans; Heilung durch Kürettage und Thermokauter,** von P. A. Morrow-New York.

**Ein Fall von Dermatitis herpetiformis,** von W. B. Trimble-New York.

**Ein Fall von Carcinom des Coecums; Behandlung mit extraabdomineller Röntgenbestrahlung; Genesung,** von C. Beck-New York.

**Weitere Erfahrungen mit dem Weifs- und Blaulicht der Quarzlampe,** von E. Kromayer-Berlin. Verfasser vindiziert der Quarzlampe eine intensivere Tiefenwirkung als der Finsen-Reyn-Lampe an der Hand von vergleichenden Experimenten, welche von ihm selbst und anderen ausgeführt sind. Die therapeutischen Resultate bei Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Kankroid, Teleangiektasien und anderen Affektionen sind jedenfalls ermutigend.

**Die spezifische Wirkung des Radiums, eine einzig dastehende therapeutische Kraft,** von R. Abbe-New York. Nach den zahlreichen und vielfach von geradezu überraschendem Erfolg begleiteten therapeutischen Versuchen A.s zu schliefsen mufs man den Radiumstrahlen unbedingt eine eminente umstimmende und in retrogradem Sinne auf die Zellen, namentlich der Neoplasmen, wirkende Kraft zuschreiben. Bei 77 Fällen von Gesichtsepitheliom, bei Sarkom, Keratosis senilis, melanotischen Naevi usw. hat Redner, wie er zum Teil an Abbildungen demonstriert, ganz ungewöhnliche Wirkungen erzielt. Er verwendet vorzugsweise Radiumbromid deutscher Provenienz in Glastuben. Zur Schätzung der Dosierung hat er eine Tafel der Radiumeinwirkung auf sensitive Platten aufgestellt, welche bei fünf Sekunden langem Exponieren des zu prüfenden Radiumpräparates genaue Vergleiche ermöglicht.

**Über die Wirkung des Radiums beim Hautepitheliom,** von L. Wickham und Degrais-Paris. Verfasser haben bei bereits mehr als 100 Patienten, unter denen sich 41 Epitheliome befanden, Versuche mit Radium ausgeführt. Die Wirksamkeit des Mittels erscheint schon unanfechtbar. Meistens wurde das Radiumsulfat hierbei verwendet mit verschiedenen, in ihrer Form den speziellen Bedürfnissen des Falles angepafsten Apparaten. Technische Einzelheiten werden auch geschildert.

**Die Wirkung der Röntgenstrahlen bei der Pagetschen Krankheit der Brust,** von R. Terzaghi und R. Campana Rom. Bei zwei Fällen, von denen der eine schon drei Jahre bestanden hatte, besserte sich der Zustand auf Röntgenbestrahlung.

**Die intratumorale Bestrahlung der Krebsgeschwülste als Fortschritt der Radiotherapie,** von H. Strebel-München. S. hat sowohl eine zentrale Bestrahlung mit Radium bei Geschwülsten, indem er dasselbe mittels eines eingestochenen Troicarts einführte, erzielt, als auch eine analoge Behandlung mit Röntgenstrahlen mittels speziell konstruierter Apparate ausgeführt. Der Grad der praktischen Verwendbarkeit dieses Verfahrens erfordert weitere Beobachtungen.

**Röntgenstrahlenbäder und Dermametropathismus,** von H. Lawrence-Melbourne. Verfasser hat nach Art der elektrischen Lichtbäder einen Apparat für allgemeine Röntgenbestrahlung konstruiert und nützliche Wirkung bei universellem Ekzem, Psoriasis und Mykosis fungoides erzielt. — Als Dermametropathismus bezeichnet er ein Verfahren, aus der Reaktion der Haut auf Druck mit einem glatten, stielartigen Instrument, je nach der Rötung oder Blässe und Dauer der Erscheinungen, auf die Intensität eines Hautleidens registrierbare Schlüsse und Messungen zu gewinnen.

**Röntgenbestrahlung beim Epitheliom; Bericht über Fälle von mehr als dreijähriger Beobachtung**, von W. A. Pusey-Chicago. Die Liste umfafst 119 Fälle, deren Behandlung drei Jahre und länger zurückdatiert; von diesen sind 80 als erfolgreich zu bezeichnen; Fehlschläge 12, nicht eruierbar 8, Besserungen 19. Einige besonders frappante Fälle sind in Photogrammen wiedergegeben.

**Bericht über 800 mittels Röntgenstrahlen und hochfrequenten Strömen im Mount Sinai-Hospital behandelten dermatologischen Fälle**, von S. Stern-New York. Die Liste umfafst: Carcinom, Epitheliom, Sarkom, Akne, Psoriasis, Rosacea, Ekzem, Keloid, Lupus erythematodes, Mykosis fungoides usw.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Proceedings of the Royal Society of medicine.

Band II, Nr. 4.

### Dermatologische Sektion.

**Ein Fall von Urticaria mit Pigmentierung**, von J. L. Bunch. Betraf ein Mädchen von 19. Monaten; die Affektion hatte drei Monate bestanden, und die einmal entstandenen Pigmentierungen vergingen nicht wieder.

**Fall von Trichorrhexis nodosa**, von G. W. Dawson.

**Fall von Lichen planus**, von G. W. Dawson.

**Fall zum diagnostizieren**, von E. G. G. Little. Die Diagnose bei dem 36jährigen Mechaniker lag zwischen Trichophytie, Erythema urticans und Syphilis.

### Laryngologische Sektion.

**Eine Diskussion über die moderne Behandlung der Syphilis, namentlich derjenigen der oberen Luftwege.** W. A. Lieven-Aachen gibt eine Übersicht der in Deutschland im allgemeinen als bewährt empfohlenen Behandlungsmethoden. Die interne Behandlung mit Pillen ist als wenig wirksam (namentlich, nach Ls. Erfahrungen, in bezug auf die Verhütung von späteren Erkrankungen des Zentralnervensystems) zu verwerfen. Die zuverlässigste Therapie bleibt nach der übereinstimmenden Ansicht aller von L. daraufhin befragten Kollegen die Inunktionskur. Verfasser schildert im Detail die in Aachen befolgten Mafsregeln. Nur wenn eine Schmierkur aus irgend welchen Gründen nicht instituiert werden kann und Injektionen (von denen er das Hg-Salicylat in Vasenol bevorzugt) nicht ertragen werden, sind Pillen — Quecksilbertannat 0,1 ter die — indiziert.

Lambkin hat sich vor 30 Jahren schon von dem hervorragenden Wert der Inunktionskur überzeugt, hat aber es fast unmöglich gefunden, dieselbe in England und selbst im Militärlazarett in vorschriftsmäfsiger Weise durchzuführen. Bei Erkrankungen der oberen Luftwege sei die Anwendung der Kürette ein noch nicht genug gewürdigtes Hilfsmittel. Wenn solche Läsionen auf Pinselungen mit Chromsäure (1,2:28,0) nicht prompt reagieren, greift er alsbald zur Kürette. Günstige Resultate hat er mit Soamin, noch mehr mit Arsacetin erzielt.

F. Semon hat niemals den Gebrauch der Kürette nötig gefunden. Er hat wiederholt konstatieren können, dafs die Pillenbehandlung unzulänglich ist. Besondere Beachtung ist den Fällen von frühzeitiger maligner Syphilis, welche der üblichen Therapie in der fatalsten Weise trotzen, zuzuwenden.

French verwendet in der Militärpraxis in der Regel Injektionen von grauem Öl der leichteren Ausführung wegen. Wo es angängig ist, verordnet er eine Schmierkur, welche er für die zuverlässigste Behandlung hält.

T. P. Beddocs hat mit der kontinuierlichen Pillenbehandlung bei Beobachtung der nötigen Vorsichtsmafsregeln, welche er detailliert schildert, gute Resultate erzielt.

H. Barwell bemerkt, daſs die Aachener Erfahrungen in bezug auf die Entwicklung schwerer Tertiärerscheinungen nach Pillenbehandlung nicht als beweisend gelten können, da alle englischen Patienten eben mit Pillen behandelt werden.

Donelan hat in vielen Fällen die Schmierkur ohne groſse Mühe durchführen können.

Lieven betont noch den schädlichen Einfluſs des Tabakrauchens bei Syphilis.

**Fall von Psoriasis,** von E. G. G. Little.

**Fall von Beinausschlag,** von G. N. Meachen. Eigentümlicherweise war bei dem fünfjährigen, an Krämpfen leidenden Knaben der Ausschlag auf das linke Bein beschränkt.

**Ein im Jahre 1904 durch Radium geheilter Fall von Ulcus rodens,** von J. H. Sequeira. Der am linken Augenlid bei der 19jährigen Kranken lokalisierte Tumor wurde nach kurzer, erfolgloser sonstiger Behandlung durch zehn Sitzungen von je ½stündiger Dauer unter Applikation von 0,01 Radium in Glastube mit einer Aktivität von 500000 zur Heilung gebracht.

**Fall von abnormer Haarbildung bei einem Säugling,** von J. H. Sequeira.

**Gewinnung einer Reinkultur von Sabouraudschem Trichophyton rosaceum von einem Fall von Trichophytie des Bartes,** von A. Whitfield. Verfasser weiſs nur von einer einzigen anderen Beobachtung dieser Art unter englischen Patienten.

Band II, Nr. 5.

Dermatologische Sektion.

**Fall von Xanthoma diabeticorum,** von H. R. Crocker. Typischer Fall bei einem 40jährigen Geschäftsmann.

**Fall von Pyodermite végetante Hallopeau,** von H. R. Crocker. Aus den Läsionen hat man bei der jungen, verheirateten Patientin einen etwas kleinen Staphylococcus aureus gezüchtet und damit regelmäſsig Injektionen gegeben. Das Resultat ist sowohl in bezug auf die Läsionen als auch auf das Allgemeinbefinden ein vorzügliches gewesen.

**Fall von Granuloma annulare (?),** von H. R. Crocker und J. L. Bunch.

**Fall von Syphilis acquisita bei einem neunjährigen Mädchen,** von E. G. G. Little. Das Kind hatte auf dem Spielplatz, wie es scheint, ein Kondom gefunden und sich mit dem Aufblasen desselben amüsiert. Etwa drei Wochen später waren Mund und Lippen wund und stark geschwollen. Zur Zeit bestehen typische Sekundärläsionen.

**Ein mittels Zinkjonisation erfolgreich behandelter Fall von Lupus erythematodes,** von E. G. G. Little. Die Läsionen waren bei dem 14jährigen Mädchen von der mehr diffusen, flatschigen Art und waren am Gesicht lokalisiert. Auſser Ichthyolpillen (0,3 ter die) hatte man nur alle acht bis zehn Tage 10 bis 20 Minuten lang einen sechs bis sieben Milliampere starken Strom mit Zinkelektrode einwirken lassen. Der verursachte Schmerz scheint unbedeutend gewesen zu sein.

**Ein durch Zinkjonisation allem Anschein nach geheilter Fall von Lupus erythematodes,** von J. M. H. Mac Leod. Die Affektion hatte sieben Jahre schon bestanden; nach neun Sitzungen von je zehn Minuten mit einem fünf Milliampere starken Strom und einer 2%igen Zinksulphatlösung waren die drei bis zu Markstück groſsen typischen Läsionen verschwunden.

**Fall von Kerion bei einer erwachsenen Person mit Nachweis von Mikrosporon,** von J. M. H. Mac Leod. Die 43jährige Patientin hatte offenbar die Infektion von ihren Kindern akquiriert.

**Mikroskopisches Präparat eines von einem Fall von chronischer Dermatitis des Glans penis gewonnenen Schimmelpilzes,** von A. Whitfield. Die Affektion

hatte viele Jahre aller Behandlung getrotzt und erinnerte an die PAGETsche Krankheit. Ein Schabepräparat ergab ein dickes Netzwerk von sehr groben, langen, ungegliederten Mycelien und Haufen von grofsen runden Sporen.

**Fall von doppelseitigem Herpes zoster des Gesichts bei einem Schüler,** von A. W. WILLIAMS. Die Läsionen entwickelten sich nach vorhergegangenen heftigen Schmerzen ungefähr dem Gebiet des Ramus maxillaris inferior des Trigeminus entsprechend. Bei dem Knaben waren einige Zähne defekt.

Laryngologische Sektion.

**Ein Fall von syphilitischer Stenose des Kehlkopfs,** von H. BARWELL. Bei einem 24 jährigen Arbeiter wurde vier Jahre nach der Infektion die Tracheotomie wegen Atemnot erforderlich. Der weiche Gaumen war ulceriert, beide Chordae vocales desgleichen an ihren hinteren Enden bei starrer Fixation in der Mittellinie des Kehlkopfes; dabei starke Schwellung über den Aryknorpeln. Die Geschwüre besserten sich auf Injektionen von Quecksilberbenzoat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

# Fachzeitschriften.

## Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VIII, Heft 11.

**Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Brüssel.** Sozialhygienische Studie, von BAYET-Brüssel. Der Verfasser legt seinen Ausführungen Aufzeichnungen zugrunde, welche er von 1902—1906 in 2250 Syphilisfällen der Krankenhausklientel machte. Darunter waren 82% frische Infektionen, 4% Sekundär-Tertiärfälle, 11% tertiäre Syphilis und 3% hereditäre. Mehr als die Hälfte aller Fälle war im Alter von 20—30 Jahren. Der Höhepunkt des Infektionsalters liegt bei der Frau beim 21. Jahre, beim Manne beim 24. Jahre. Auf die heimliche bezw. gelegentliche Prostituierte kommen 75% der gesamten Infektionen. Hierbei mufs allerdings hervorgehoben werden, dafs in Brüssel bei 600 000 Einwohnern nur 176 eingeschriebene Prostituierte kommen. Von 640 infizierten Männern mit primären und sekundären Erscheinungen waren 195 verheiratet.

**Untersuchungen über Infektionsverhältnisse und Sanitätskontrolle,** von HUGO HECHT-Prag. H. legt dar, wie die in Prag gehandhabte Sanitätskontrolle der Prostituierten versagt, indem die Untersuchungen durch die Polizeiärzte aufserordentlich oberflächlich sind und das Publikum den irrigen Glauben hat, die ärztlich untersuchten Prostituierten, welche nicht ins Krankenhaus geschickt werden, seien gesund. An Stelle der jetzt möglichst umgangenen Zwangseinschreitung der Prostituierten empfiehlt der Verfasser alle sich freiwillig unter Kontrolle stellenden Prostituierten einer in Verbindung mit den Kliniken stehenden Untersuchungsstation zur regelmäfsigen Untersuchung zuzuweisen; und aufserdem eine ständige Kontrolle durch Spezialärzte nach Berliner Muster einzuführen. *Schourp-Danzig.*

---

## American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

1909. Nr. 2.

1. **Der praktische Wert des Nachweises der Spirochaeta pallida bei der Frühdiagnose der Syphilis,** von JOHN T. GERAGHTY-Baltimore. In 90% aller

Primärsklerosen fand G. die Spirochaeta pallida und begann dann sofort die antisyphilitische Behandlung.

2. **Subcutane Syphilisbehandlung**, von ALBERT L. MC GOUGH-Detroit. G. empfiehlt eine Lösung von Hydrargyrum bicyanatum in Öl zur intramuskulären Injektion in die Glutaeen.

3. **Hypertrichosis**, von JEFFERSON D. BLOOM-New Orleans.

4. **Prophylaxe gegen Syphilis**, von WARREN E. PUTNAM-Bennigton. Hinweis auf die von METSCHNIKOFF angegebene 25—33%ige Calomelsalbe zur prophylaktischen Anwendung gegen die Infektion mit Lues.

5. **Klinische Bemerkungen zu einigen Hautkrankheiten**, von JEROME KINGSBURY-New York. Krankheitsgeschichten von Fällen von Erythema induratum, Akne varioliformis, Lupus erythematosus, Lupus vulgaris, Dermatitis venenata, Trichorrhexis nodosa, Vitiligo und Angiosarkom.

6. **Pyurie**, 1882—1909, von BENJAMIN TENNEY-Boston. Rückblick auf die Entwicklung der Cystoskopie und der Chirurgie der Blasen- und Nierenkrankheiten.

7. **Akute Distension der Harnblase**, von CLARENCE D. SELBY - Toledo. Ein Arbeiter erlitt einen Shock, nachdem er eine starke Quetschung des Abdomens davongetragen hatte. Eine starke Anschwellung des Abdomens schwand nach Katheterisierung der stark gefüllten Blase.

8. **Blasensteinoperation**, von WALTER L. MUNRO-Providence.

9. **Ein Fall von grofsem Prostatastein**, von JOHN P. MC GOWAN - New York. Der Fall betraf einen 53jährigen Mann. Der operativ entfernte Stein wog 48 g und mafs 1¹/₈ Zoll in der Länge und 1¹/₄ Zoll in der Breite bei 1¹/₂ Zoll Durchmesser.

10. **Sekundäre Harnblasentuberkulose**, von JAMES N. VANDER VEER-Albany. Klinische Studie.

11. **Methoden der Schliefsung und Drainierung nach suprapubischer Cystostomie**, von CHARLES SCOTT VENABLE-San Antonio. Literaturübersicht.

12. **Der Pons asinorum der Liebeslust, die Blennorrhoea**, von W. NEAL WATT-Austin. Beschreibung der modernen Blennorrhoetherapie mit Ausblick auf die Zukunft, in der es gelingt, ein Blennorrhoeserum zu finden analog dem Diphtherieserum.

13. **Behandlung der Cystitis des Weibes**, von EVERETT E. PADGETT-Indianapolis.

1909. Nr. 3.

1. **Öffentliche Krankenhäuser und die Lepra im alten Byzanz**, von ZAMBACO-Pascha-Cairo. Historische Studie.

2. **Die Behandlung der Syphilis**, von HILARY M. CHRISTIAN-Philadelphia. Klinischer Vortrag, in welchem der Verfasser sich als Anhänger der chronisch-intermittierenden Behandlung bekennt.

3. **Diagnose und Behandlung chronischer Harnröhrenkrankheiten**, von A. G. RYTINA-Baltimore. Nichts Neues.

4. **Blennorrhoische Epididymitis und ihre Behandlung mittels Punktion**, von AUGUST RAVOGLI-Cincinnati. Statistik und Literaturübersicht. R. hat bei 33 Fällen die Punktion mit gutem Erfolge ausgeführt, so dafs er sie empfehlen kann. Während der akuten Nebenhodenentzündung vermeidet R. die lokale Behandlung der blennorrhoischen Harnröhre und beschränkt sich auf die Darreichung innerer Mittel. Nach Schwinden der akuten Erscheinungen läfst er Spülungen mit heifser Kal. permangan.-Lösung vornehmen. Als Salbe für die Epididymitis benutzt er die VALENTINEsche Unguent. Hg. cin.-Ichthyol-Guajacol-Lanolin-Mischung.

1909. Nr. 4.

1. **Wichtigkeit der Frühdiagnose der Nierentuberkulose**, von MARTIN KROTOSZYNER-San Francisco.

2. **Syphilis vom Standpunkt der Lebensversicherung,** von Edward H. Haniell-Newark.

3. **Zwei für das amerikanische Volk wichtige Leprafragen,** von Albert A. Ashmead-New York. Der Verfasser untersucht, ob die norwegische Lepra für das amerikanische Volk vererbbar ist und ob die Lepra in Louisana und Minnesota endemisch ist, beziehungsweise welche gesetzlichen Vorkehrungen in den amerikanischen Staaten getroffen sind, um die Leprösen zu isolieren.

4. **Bemerkungen über Psoriasis und ihre Behandlung,** von George F. Butler-Chicago. Übersichtsreferat, ohne neues zu bringen.

5. **Die Prostatektomie,** von George T. Vaughan-Washington. V. zieht die suprapubische Prostatektomie der perinealen vor, da sie leichter ausführbar ist und eine bessere Prognose darbietet; er berichtet von einer solchen suprapubischen Operation, die er mit gutem Erfolge bei einem 72jährigen Manne mit Prostatahypertrophie und inkompleter Harnretention ausführte.

6. **Blennorrhoische Paraurethritis als Ursache häufiger Autoinfektion,** von Joseph L. Boehm-St. Louis. Fall eines Mannes, dessen scheinbar geheilte Blennorrhoe mehrmals exacerbierte, weil in paraurethralen Gängen Gonokokken vorhanden geblieben waren.

7. **Fall von Folliculitis decalvans,** von Edward J. Angle-Lincoln. Nachdem weder Sublimat-, Borsäure-, Salicylsäure-, Thymol-, Resorcin-, Schwefel-, $\beta$-Naphtol-, Jod- und Teersalben einen dauernden Erfolg hatten, wurde das Leiden durch Röntgenbestrahlungen völlig gehoben.

8. **Eiterniere,** von J. Steven-Brown-Hendersonville. Bei einem Patienten fand sich vereinigt: Malaria, Blennorrhoe und Pyelitis calculosa. Als jede Therapie versagte, wurde die Nephrotomie gemacht: im Nierenbecken safs ein eigrofser Stein; die vereiterte Niere wurde entfernt. *Schourp-Danzig.*

---

## Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1909. Heft 3—4.

**Die Anwendung des Steinkohlenteers bei den Hautkrankheiten,** von Dind-Lausanne. Auch Dind ist mit den therapeutischen Erfolgen, die er dem Steinkohlenteer verdankt, sehr zufrieden. Er hat seine Erfahrungen in Unkenntnis der Erfolge der deutschen Forscher gemacht und ist anfangs, da er von dem rohen Teer giftige Einwirkungen, namentlich auf die Nieren, fürchtete, nur sehr zaghaft vorgegangen. Allmählich aber hat er sich von der Ungefährlichkeit dieses billigen Mittels überzeugt und hat es bei einer grofsen Reihe von Hautkrankheiten, die er dem Leser vorführt, mit sehr zufriedenstellendem Erfolg verwandt. Er hebt besonders die dekongestionierende und die kühlende, das Brennen und Jucken unterdrückende Wirkung des Teers hervor, die er am eigenen Körper zu erproben Gelegenheit hatte. Geht man namentlich auf diese Wirkung aus, so empfiehlt es sich, das Mittel rein und unvermischt auf die Haut aufzutragen. Wer diese neue Therapie ausprobieren will, der findet bei D. eine Menge nützlicher Hinweise in bezug auf Technik und Indikationen.

**Lymphangioma profundum der Oberlippe mit Veränderungen der Haut und der Schleimhaut,** von Ch. Audry und Tomey. Das jetzt vierjährige Kind hatte seit der Geburt ein Lymphangiom an der linken Oberlippe, das weiter nicht belästigte. Ab und zu erschienen früher auf der Haut über dem Tumor kleine Bläschen mit klarem Inhalt; jetzt besteht am Übergang zur Schleimhaut der Lippe ein kleiner Herd, der sich aus lauter kleinen Blutpünktchen zusammensetzt. Auf der

Schleimhaut der Lippe sitzen sechs bis sieben Bläschen mit klarem, hellem Inhalt. Operation und Heilung.

**Ein Fall von Mykosis fungoides,** von A. Jambon und L. Rimaud. Der Fall wird ausführlich beschrieben. Er betrifft ein Mädchen von 35 Jahren ohne Vorgeschichte, bei der, im Alter von 19 Jahren, sich zwei harte, schmerzlose Knoten in der Oberlippe bildeten. Damit begann die Krankheit. Sie zeichnete sich dadurch aus, daſs auch Mund- und Larynxschleimhaut befallen wurden, und daſs, auſser den eigentlichen, kutanen Knoten der Mykosis fungoides, in viel gröſserer Menge auch subkutane Tumoren gefunden wurden, die teilweise in den Muskelinterstitien lagerten und an die Neurome der Recklinghausenschen Krankheit erinnerten.

**Die Fluxionen und der Wechsel in den Krankheitsäuſserungen.** (Les Fluxions et les Alternances morbides), von L. Brocq. Br. beklagt sich in dieser Arbeit bitter, daſs die meisten Fachgenossen seine Theorien, die er in früheren Abhandlungen entwickelt hat, einfach totschweigen; von den wenigen aber, die sich mit ihnen beschäftigt haben, seien sie miſsverstanden worden. Er hält es daher für nötig, wiederum darauf zurückzukommen, diese Theorien in klarer, beredter Sprache hinzustellen und sie an einem sehr interessanten Krankheitsfall zu beleuchten. Nach seiner Anschauung gibt es Personen und ganze Familien, in deren Organismus sich innerhalb eines gegebenen Zeitraumes Schädlichkeiten, Krankheitsstoffe irgend welcher Art ansammeln und die nun durch einen äuſseren Anlaſs sich auf den schwächsten Körperpunkt werfen und hier einen krankhaften Zustand erzeugen. Dieses Verhalten nennt Br. „Fluxion". „Diese Fluxion (ich lasse seine Ansicht hier möglichst wortgetreu folgen), die sich in kongestiven Anfällen äuſsert, scheint durch Vergiftungen oder Autointoxikationen des Organismus, durch leichte Störungen in einzelnen Organen, durch nervöse Einflüsse hervorgerufen zu werden. . . Wenn eine solche Fluxion fällig ist, so genügen die geringsten Anlässe, um sie auszulösen, und die kongestiven Anfälle vollziehen sich dann an dem Punkt des Körpers, der im Augenblick gerade der Locus minoris resistentiae ist. So kann die Fluxion einen gerade zufällig vorhandenen Infektionsherd überfallen und einen Furunkel etwa in einen Karbunkel umwandeln, oder sie kann sich auf eine Verwundung aufpfropfen, auf eine schon vorhandene torpide Dermatose, so daſs diese in akuter Entzündung aufflammt usw."

Diese Theorie nun belegt Br. durch die Krankengeschichte eines Mannes, die von dessen ersten Lebenstagen bis in sein 53. Lebensjahr reicht und viele interessante Einzelheiten bringt. Dieser Patient stammt aus einer asthmatischen Familie, war sehr zart und schwächlich, und da er in den ersten Lebensmonaten auf Kopf und Gesicht Ausschlag bekam, so legte man ihm (1846) auf den linken Oberarm ein Zugpflaster und hielt das dadurch gesetzte Geschwür drei Jahre lang in Eiterung. Während dieser drei Jahre gedieh er gut. Als man dann aber die Eiterung aufhören lieſs, fing er an, ununterbrochen zu kränkeln, bekam mit 19 Jahren schwere Asthmaanfälle, die sich mit gleicher Regelmäſsigkeit wie etwa Gichtanfälle wiederholten, aber zeitweise von gastrischen Krisen oder Anfällen Mortonscher Krankheit abgelöst wurden. Dann ändert sich mit ungefähr 38 Jahren das Bild; an Stelle des Asthma treten jetzt in den nächsten vier bis fünf Jahren Furunkel, Karbunkel und Hautabszesse. Danach erscheinen wieder Anfälle von krampfartiger Rhinobronchitis und Migräne, die schon in der Jugend bestanden hatten. Diese Symptome werden dann ganz verdrängt von einer Parakeratosis psoriasiformis mit äuſserst heftigem Juckreiz. Patient wird dieser Zustände erst Herr, nachdem er, ein starker Fleischesser, eine streng vegetarische Diät einhält.

Zwanzig weitere, kürzer gefaſste Krankengeschichten werden noch angeführt

zur Stütze der Brocqschen Auffassung, daſs eine irgendwie geartete Schädlichkeit im Körper bald auf dieses, bald auf jenes Organ sich wirft und so die wechselndsten Krankheitsbilder — Fluxion und Alternance — hervorrufen kann. Nach ihm waren auch die alten Ärzte, die mit Vesikantien, Moxen und Fontanellen künstliche Eiterherde auf der Haut erzeugten und unterhielten und dadurch jenes unbekannte, schädliche Agens nach auſsen abzuleiten suchten, keine schlechten Beobachter.

Zur weiteren Stütze seiner Theorie zieht Br. endlich die Literatur herbei, polemisiert gegen Hebra, der jener älteren Anschauung nachhaltig und erfolgreich entgegengetreten war, macht uns mit Baumis aus Lyon (1842) bekannt, der zuerst den Begriff der Fluxion erfaſst und in die Medizin eingeführt hat, mit dem Genfer Arzt Rapin (1908), der in seiner „familialen Angioneurose“ einen ähnlichen, wenn auch enger gefaſsten Krankheitsbegriff schafft, mit Gaucher (1895), der die ältere Metastasentheorie wieder zu Ehren bringt und schlieſst mit Bayet (1903), der das Asthma, einem ähnlichen Gedankengang folgend, in nahe Beziehung zu den es begleitenden Dermatosen bringt.

**Streifenförmige Sklerodermie der Stirn,** von Dubreuilh. Ein kleines Kind hatte im Alter von zwei bis drei Jahren auf die rechte Kopfhälfte einen heftigen Schlag erhalten, der Wunde und Vernarbung zur Folge hatte. Später, als das Kind sechs Jahre alt war, zeigte es sich, daſs die betreffende Haut an der Stirn und am Kopf alle Zeichen der Sklerodermie in Form eines Streifens aufwies. Dieser Streifen begann am äuſseren Ende der rechten Augenbraue, hatte auf der Stirn 3 cm Breite und lieſs sich auf dem Kopf in einer Breite von 1 cm bis zur Scheitelbeinhinterhauptnaht verfolgen. Der Knochen darunter war atrophisch und rinnenförmig ausgehöhlt. Im Verfolg der nächsten Jahre zeigten sich an der symmetrischen Stelle der linken Stirnhälfte die ersten Anfänge der gleichen Störung. D. weist auf das nicht seltene Vorkommen dieser Sklerodermie in Streifenform gerade auf der Stirn hin.

**Ein Fall von Cutis verticis gyrata,** von Ch. Audry. A. nennt diese eigentümliche Miſsbildung, die in Deutschland zuerst von Jadassohn und besonders von Unna eingehend beschrieben wurde, Pachydermie occipitale vorticillée, weil die Franzosen die lateinischen Benennungen nicht besonders lieben. Er berichtet über einen Fall, der gleichfalls einen Mann betraf — alle bisherigen Beobachtungen beziehen sich nur auf Männer — bei dem nach Abheilung einer Impetigo sich auf dem Hinterkopf jene eigentümliche Furchung und Verdickung der Haut bildete, die an Hirngyri erinnert. Diese Miſsbildung bleibt das ganze Leben bestehen.

**Die histologischen Veränderungen der Gewebe nach Einspritzung von Oleum cinereum,** von Pollier. Wird in der nächsten Nummer fortgesetzt.

*Türkheim-Hamburg.*

---

## Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1909. Band I, Heft 5.

1. **Die Behandlung der epithelialen Nephritiden mit Kantharidentinktur,** von E. Lancéreaux. Bei akuten Nephritiden, bei denen der Krankheitsprozeſs sich nur in den Epithelien der Harnkanäle abspielt und die veränderten und angeschwollenen Epithelien diese Kanäle verstopfen und dadurch fast völlige Anurie verursachen, wirkt zahlreichen Erfahrungen L.s zufolge die Kantharidentinktur ganz vorzüglich, oft sogar lebensrettend, während die Diuretika durchaus versagen. Als Beispiele dafür führt L. einen Fall von Scharlachnephritis bei einem achtjährigen Kinde und drei Fälle von Erkältungsnephritis bei 19—21jährigen Männern an; bei den vier Kranken gelang es, durch Darreichung der Tinktur die bedrohlichen Erscheinungen, speziell die hoch-

gradige Oligurie sehr rasch zu beseitigen und in sehr kurzer Zeit Heilung zu erzielen. Je nach dem Alter der Patienten und der Schwere des Falles wurden fünf bis sieben Tage hindurch pro die ein bis zwölf Tropfen der Tinktur in Mixtura gummosa gegeben. Bei Nierenentzündungen, bei denen hauptsächlich die Arterien und das Bindegewebe alteriert sind, ist die Tinktur wirkungslos.

2. **Blennorrhoische Pyonephrose,** von Bastos-Lissabon. Bei einer 26jährigen Frau, die seit längerer Zeit unter den Erscheinungen einer schweren, eitrigen Cystitis litt, entleerte B. mittels des Ureterenkatheters aus der rechten Niere dicken Eiter, der Gonokokken in Reinkultur enthielt. Da Spülungen des Nierenbeckens mit 1‰iger Höllenstein- und 2‰iger Protargollösung keine durchgreifende Besserung brachten, wurde die Nephrektomie vorgenommen; die Kranke genas. — Am inneren Rand der Niere nahe am unteren Pole fand sich eine überzählige Arteria renalis, die nach den Wirbelkörpern zu verlief. Das Nierenbecken war erweitert und innen mit einer weifslichen, klebrigen Schicht überzogen.

3. **Fehlen des Penis und der Urethra; Fehlen des Anus; Mündung des Rektums in die Blase,** von Carlos Lepoutre-Lille. In einer Familie, in der nie Mifsgeburten vorgekommen waren, brachte eine Frau nach drei vollständig normalen Kindern ein ausgetragenes Kind zur Welt, bei dem Penis, Urethra und After vollständig fehlten; das Kind starb eine Stunde nach der Geburt. Das Skrotum mit den Hoden war normal, die Haut des Hodensackes ging ohne Abgrenzung in die Bauchhaut über. In das linke Vas deferens unmittelbar vor seinem Eintritt in das Samenbläschen mündete ein Kanal, der längs der Wirbelsäule nach oben zog und in einem kleinen Organ endete, das anscheinend ein Überbleibsel des Wolffschen Körpers war. Die Harnblase war sehr klein, hart, fibrös und vollkommen leer; ihre auffallend dicke Wand bestand in der Hauptsache aus Muskelgewebe und zeigte nur eine Öffnung, die in das Rektum führte. Die Ureteren mündeten nicht in die Blase; ihr Ende wurde überhaupt nicht gefunden, ihr Anfangsteil war gleich der Niere normal. Die Prostata, die der unteren Fläche der Blase fest aufsafs, war von einem blind endigenden Kanal, der Pars prostatica urethrae, durchzogen.

Anschließend an die Beschreibung des Falles bringt L. eine kurze Zusammenstellung der bisher beobachteten Fälle von vollständigem Fehlen des Penis.

Heft 6 und 7.

1. **Die Prostataplantationen, die Injektionen von Prostatin und ihr Einflufs auf die sexuellen Funktionen,** von N. Serralach und Martin Parès. In weiterer Verfolgung ihrer Studien über die Beziehungen zwischen Prostata und Hoden haben die Verfasser Hunden Prostatafragmente implantiert oder wässerige Prostatamaceration (Prostatin) subcutan oder intravenös injiziert und bei einer Reihe von Hunden vor oder nach einer Prostataimplantation die Prostatektomie vorgenommen, dann bei allen Hunden die sexuelle Funktion geprüft und schliefslich von einer gröfseren Zahl von Versuchstieren Prostata und Hoden anatomisch untersucht.

Durch Masturbation der Hunde konnte festgestellt werden, dafs die Prostatatransplantationen stets zu Azoospermie führten; diese stellte sich nach Transplantation kleiner Prostatafragmente unter die Haut oder in die Bauchhöhle sofort, nach Transplantation eines grofsen Prostatastückes unter die Haut zumeist erst nach 4—20 Tagen ein. Da in den Fällen, in denen anatomische Untersuchungen vorgenommen wurden, in der ersten Zeit nach der Transplantation im Nebenhoden stets noch normale Spermatozoen vorhanden waren, während sie in späteren Stadien auch hier vollständig fehlten, mufs die Azoospermie in ihrem Beginn auf eine durch die transplantierte Prostata verursachte Behinderung der Spermatozoenausscheidung, späterhin aber auf eine Hemmung der Spermatozoenbildung zurückgeführt werden. Bei den Tieren, bei

denen kleine Prostatafragmente unter die Haut transplantiert worden waren, enthielt das Sperma nach einiger Zeit wieder Spermatozoen, ebenso bei dem Hunde, der allein von fünf Tieren die Einbringung von Prostatin in die Bauchhöhle überstanden hatte; bei den Hunden, bei denen ein grofses Prostatastück unter die Haut transplantiert worden war, wurde eine Wiederkehr der Spermatozoen nicht beobachtet, obwohl eines dieser Tiere 81 Tage lang am Leben gelassen wurde. — Die anatomisch untersuchten Prostaten liefsen Desquamation und Degeneration der Drüsenepithelien, fortschreitende Atrophie der glandulären Elemente und entsprechende Hypertrophie des bindegewebigen Stromes erkennen und präsentierten sich bei den Tieren, die am längsten gelebt hatten, als fibröse Knoten. Hoden und Nebenhoden zeigten je nach der Zeit, die seit der Transplantation verflossen war, normale Verhältnisse, dann Wucherung der Epithelien der Samenknötchen mit vermehrter Spermatogenese und schliefslich Desquamation und Degeneration der Epithelien mit völligem Aufhören der Spermatozoenbildung und leichte Wucherung des Bindegewebes.

Subcutane und intravenöse Injektionen von 5 ccm einer wässerigen Prostatamaceration (Prostatin) bewirkten rasch vorübergehende sexuelle Reizung — bei Masturbation schnell eintretende Ejakulation mit sehr zahlreichen Spermatozoen —, dann aber ebenfalls Azoospermie; das Wiedererscheinen von Spermatozoen war abhängig von der Menge des injizierten Prostatins und von der Länge der Zeit, während der Injektionen gemacht worden waren. Injektion sehr grofser Mengen Prostatin wirkten bei drei Tieren tödlich.

Bei Hunden, bei denen die Prostatektomie und unmittelbar darauf Transplantation von Stücken der Prostata eines anderen Hundes in die Bauchhöhle vorgenommen worden war, trat stets Azoospermie auf. Bei Hunden, bei denen die Prostata einige Tage vor oder nach oder gleichzeitig mit subcutaner Transplantation fremder Prostatafragmente exstirpiert worden war, enthielt das Sperma bald nach der Prostatektomie allerdings nur vorübergehend Spermatozoen.

Die hemmende Wirkung, welche die Prostatatransplantationen und die Prostatininjektionen auf die Ausscheidung und Bildung der Spermatozoen ausüben, erklären Verfasser als Folge der „Prostatämie", die durch die Resorption des überpflanzten Prostatagewebes oder des injizierten Prostatins zustande kommt.

2. **Über einen Fall von Hufeisenniere mit Steinbildung,** von E. Papin und A. P. Iglésias. (Heft 6.)

3. **Eröffnungsvorlesung,** von J. Albarran. (Heft 7.) A. begann seinen diesjährigen Kurs mit einem Bericht über die Arbeiten, die in den letzten zwei Jahren aus seinem Institut, dem Hospital Necker, hervorgegangen sind. In der Eröffnungsvorlesung besprach er die Arbeiten allgemeinen Inhalts: Junganos Untersuchungen über „die Mikrobien der Harnwege", in welchen besonders die Bedeutung der anaëroben Bakterien für die Krankheiten der Harnorgane beleuchtet wurde; die von A. selbst zusammen mit Jungano verfafste Arbeit über „die Antikörper bei den blennorrhoischen Affektionen", die praktische Resultate nicht ergeben hat; die Studie über „die Nephrotoxine" von Pettit, Biery und Schoeffer; die grofse Arbeit von Nogués über „die bakteriologische Diagnose der Nierentuberkulose"; die Arbeit über „die Rückenmarksanästhesie mittels Stovains bei den Affektionen der Harnorgane" von Ertzbischoff und A. selbst und endlich sein eigenes Werk „die chirurgische pathologische Anatomie", in dem er die durch Krankheit bedingten Veränderungen der normalen topographischen Anatomie beschreibt. *Götz-München.*

---

## Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. IX, Nr. 4.

Enthält keine Originalartikel.

Bd. IX, Nr. 5.

**Radium und die therapeutischen Lichtstrahlen,** von FOVEAU DE COURMELLES. Im allgemeinen findet F. es am ratsamsten, mit kleineren Dosen von Radium in Glasröhren zu arbeiten und eventuell allmählich zu steigern. Die Applikation in der Form von Firnifs hat vor allen Dingen den Übelstand der Gefahr der Ablösung auf einer feuchten Fläche. Aufser beim Naevus vasculosus hat er eine unverkennbare Wirkung des Radiums bei Mykosis fungoides gesehen sowie bei Keloiden und Kankroiden. Namentlich ist auch die schmerzlindernde Wirkung desselben hervorzuheben.

**Die Wirkung des Speichels des Säuglings auf die Milch,** von E. DEMACHY-Brüssel. Die neuerdings von verschiedenen Autoren betonte Bedeutung der Ernährung in der Behandlung des Kinderekzems veranlafst D. darauf hinzuweisen, dafs beim Saugakt eine sehr starke Absonderung des kindlichen Speichels normalerweise stattfindet. Dieser notwendige Vorgang wird beeinträchtigt, wenn der Ausflufs der Muttermilch gar zu leicht von statten geht, und es wird dann nötig, vorm Anlegen des Säuglings die Brüste um etwa ein Drittel ihres Inhalts zu entleeren. Um die Milch der Tiere (der Kuh) für den menschlichen Säugling passend zu machen, empfiehlt D. dieselbe mit dem zweifellos eine spezifische Diastase enthaltenden Speicheldrüsensaft des betreffenden Tierjungen (Kalb) zu versetzen.

Bd. IX, Nr. 6.

**Die Behandlung der Akne,** Auszug aus einem Vortrag von E. GAUCHER, von L. BIZARD. Auf die Diät ist ein grofses Gewicht zu legen. Zu verbieten sind: Fleischbrühe, Fleischsaft und Fleischsaucen, Ragouts, Wurstwaren und Fleischkonserven, Organe wie Leber, Kalbsmilch, Kaldaunen, Gehirn, ferner Fisch und Muscheln, Wild, wie Wild präparierte und marinierte Gerichte, Kohl und Sauerampfer, schwer verdauliche ungekochte Nahrungsmittel, alter Käse, Süfsigkeiten, Kuchen, Schokolade, Tee, Kaffee und Alkohol. Besonders anzuempfehlen sind Milch und Milchgerichte, magere und dicke Suppen, Gemüse, Obst, namentlich abgekochtes, frischer Käse, gut gar gekochtes Fleisch, Eier, vorzugsweise in der Schale. Als bestes Desinfiziens für den Darminhalt ist ein mildes Purgiermittel (Extract. fluid. cascarae sagradae mit Glycerin, ää 50,0) anzusehen. Sonst kommen Tonica wie Tinctura nucis vomicae mit Tinctura gentianae oder Acidum hydrochloricum in Betracht. Die Hauptsache bleibt aber die lokale Behandlung, wobei G. dem Schwefel eine grofse Rolle zuweist.

*Philippi-Bad Salzschlirf.*

---

## Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1909. Heft 1.

**Dermatitis desquamativo-pustulosa amoebina,** von TH. SELENEW. SELENEW, der in Charkow in Rufsland Arzt ist, bringt weitere Belege für seine Behauptung, dafs die Dermatosen vielfach durch Protozoen erzeugt werden. Diesmal handelt es sich um vier Fälle von Pyodermitis, in denen im Eiter der Pusteln ein amoebenartiges Gebilde in den verschiedenen Abschnitten seiner Entwicklung beobachtet werden konnte. Dieser Amoebe ist eine ausführliche Beschreibung gewidmet.

**Ein kleiner nodulärer Aktinomykosentumor, hervorgerufen durch einen Holzsplitter in der Palma manus,** von J. SABRAZÈS. Der Holzsplitter war in die

Hohlhand eingedrungen und liefs sich nicht entfernen. Mehrere Monate später zeigte sich an der Stelle, an der man den Splitter vermutete, ein kleiner, harter, schmerzender Knoten, der bei seiner operativen Entfernung etwa Bohnengröfse hatte. Man konnte ihn seinem Aussehen nach für ein Fibrom halten. Erst nach Färbung mit Gram konnte man unter dem Mikroskop grofse Mengen des Strahlenpilzes nachweisen.

**Erythema polymorphum bulbosum, das lange Zeit auf die Schleimhaut des Mundes beschränkt blieb**, von A. Tomey. Knabe von 15 Jahren ohne Vorgeschichte, erkrankte im August mit schmerzhaftem Brennen im Mund und auf der Zunge; er konnte sich grofse Schleimhautfetzen aus dem Mund ziehen. Das Essen war sehr beschwerlich, sonst keine Störungen. Heilung nach Pinselung mit Methylenblau. Dann traten im November die nämlichen Erscheinungen wieder ein, die zu der Diagnose: sekundäre Syphilis verleiteten; erst nachdem auch erythematöse Herde mit Vesikeln an verschiedenen Hautstellen in den nächsten Tagen hinzukamen, wurde die richtige Deutung des Krankheitsbildes ermöglicht.

**Störungen beim Urinieren im Verlauf eines Herpes zoster glutaeofemoralis**, von Tomey. Der Herpes zoster safs an der linken Körperhälfte. Die Störungen beim Urinieren bestanden in einer Pollakiurie; der sonst ganz gesunde Mann mufste nachts 5—6 mal aufstehen, um Wasser zu lassen; auch am Tage stellte der Harndrang sich öfter ein als zu gesunden Zeiten. Die Lumbalpunktion ergab eine reichliche Lymphozytose. Harn, Urethra, Prostata waren in jeder Beziehung normal. Mit der Ausheilung der Gürtelrose schwand die geringfügige Störung auch wieder.

**Die Schwefelquellen in der Behandlung der Syphilis**, von Mazoyer. Wie ist die günstige Wirkung der Schwefelquellen in der Behandlung der Syphilis zu erklären? Diese Frage findet in der vorliegenden Arbeit eine eingehende Beantwortung. Die Ausspannung von den Geschäften und Sorgen des Lebens, die reine Luft, die hygienische, mit Bewegung verknüpfte Lebensweise, was alles mit dem Aufenthalt im Badeort verknüpft ist, endlich die heifsen Bäder an und für sich — alle diese Umstände sind nicht zu gering in ihrer günstigen Wirkung auf die Syphilis einzuschätzen. — Von gröfserer Bedeutung ist natürlich der Einflufs des im Badewasser und namentlich im Trinkwasser enthaltenen Schwefels. Früher meinte man, in den Schwefelquellen ein diagnostisches Hilfsmittel zu besitzen. Blieb ein ehemaliger Syphilitiker beim Genufs von Schwefelwasser symptomfrei, d. h. bildeten sich keine syphilitischen Symptome aus, so galt er als geheilt. Von dieser Ansicht ist man aber ebenso zurückgekommen, wie von der andern, dafs das Schwefelwasser allein imstande sei, eine Syphilis auszuheilen. Die Wirkung der Schwefelquellen besteht vielmehr darin, dafs sie die Bildung der roten Blutkörperchen befördern, den Stoffwechsel anregen und die Ausscheidungen vermehren. Der physiologisch-chemische Vorgang, der diese Wirkung herbeiführt, wird gründlich analysiert. — Daneben entfaltet der Schwefel aber noch eine andere günstige Eigenschaft: er verhilft dem Quecksilber zu seiner Wirksamkeit innerhalb des Organismus und benimmt manchen Patienten, die vorher das Hg nicht vertragen konnten, diese Schwäche. Das bewerkstelligt er, indem er einerseits das Hg, das irgendwo untätig im Körper abgelagert ist, gewissermafsen aufstöbert und in den Stoffwechsel bringt, andrerseits chemische Verbindungen mit ihm eingeht, die nur die Syphilis, nicht aber den übrigen Organismus angreifen. Nach diesem Verhalten hat man die Syphilitiker, die man in ein Schwefelbad sch cken will, auszusuchen. *Türkheim-Hamburg.*

---

## Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1908. Heft 11.

1. **Experimentelle Studie über die Syphilis, Morphologie der Spirochaeta pallida**, von Krzysztalowicz und Siedlecki. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Der elektrische Funke in der Medizin und die Fulguration**, von A. Zimmern. Kurze Beschreibung der Physik des elektrischen Funkens, der verschiedenen Formen, in welchen er in der Medizin angewandt wird, der Fulguration und ihrer Verwendung und der physiologischen Wirkung des elektrischen Funkens und besonders der Fulguration. *Götz-München.*

---

## Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1909. Heft 1.

Dieses Heft bringt ausführlich die Verhandlungen der 10. Sitzung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis (Rom, 16.—19. Dezember 1908).

Erstes Thema: **Röntgen- und Radiumtherapie bei Hautkrankheiten.** Pini berichtet über gute Erfolge bei Herpes tonsurans, Folliculitis barbae, Lupus vulgaris und erythematodes, Naevus vascularis, Kankroiden, gewissen Sarkomen, Mykosis fungoides, Lymphomen verschiedener Art und Adenitis venerea. Esdra bespricht die Radiumtherapie.

Dann folgt ein Vortrag von Barducci über **die öffentliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in Italien.** Er beklagt die grofse Zunahme der geheimen Prostitution und verlangt eine schärfere Überwachung besonders dieser.

Ciarocchi berichtet über **250 Fälle von Trichophytie und Favus**, die mit Röntgenstrahlen geheilt wurden.

Pini betont die Wichtigkeit der **merkuriellen Behandlung von luetischen Graviden** und bringt die Krankengeschichten von vier Fällen, wo solche, die während der Gravidität noch frische Zeichen von sekundärer Syphilis boten, nach einer gründlichen merkuriellen Behandlung gesunde Kinder zur Welt brachten. Aus einem anderen Fall, wo die Ansteckung einer Frau stattfand, ohne dafs der Mann zu der Zeit die geringsten Spuren von Lues zeigte, folgert er, dafs das Sperma hier der Überträger des Virus gewesen ist.

Am dritten Sitzungstage spricht Majocchi über **eine neue Form des Dermographismus** — den Dermographismus melanodermicus. Bei einem Patienten mit Urticaria factitia zeigten sich die betreffenden Stellen nach acht Monaten braun verfärbt. Er hält dies für eine Form der Urticaria pigmentosa.

Der nächste Tag ist der Besprechung der **Spirochaeta pallida** und ihres Vorkommens in den syphilitischen Erscheinungen des Menschen wie auch der experimentellen Übertragung auf den Affen gewidmet, ohne wesentlich Neues zu bringen. Im übrigen werden viele einzelne Fälle und solche zur Diagnose vorgestellt, deren Einzelaufzählung hier zu weit führen würde. Eine Reihe sehr guter photographischer Abbildungen sind in dem Hefte zu finden, besonders eines Angioendothelioma cutaneum. *Haas-Hamburg.*

---

# Bücherbesprechungen.

**Dermatologisches Propädeutik,** von Prof. Róna. (Berlin 1909. Verlag von Jul. Springer.) In sieben Vorlesungen gibt uns Róna einen Überblick über die allgemeine Pathologie der Entzündungen der Haut. Nachdem der Verfasser die Ursachen der Schädigungen der Haut besprochen, sowie die Begriffe der Disposition, der Konstitution und Idiosynkrasie erläutert hat, bespricht er in der dritten und vierten Vorlesung die allgemeine Pathologie der akuten und chronischen Entzündungen. In den drei letzten Vorlesungen wurden die klinischen Erscheinungsformen von der Primärläsion beginnend abgehandelt. Der Verfasser hat sich mit Wahrung seines eigenen Standpunktes bemüht, allen widerstreitenden Meinungen — und dieser sind auf dem Gebiet der allgemeinen Pathologie der Haut ja nicht wenige — gerecht zu werden. Das Büchlein ist knapp und klar geschrieben und verdient auch wegen seiner Übersichtlichkeit als Einführung in die Dermatologie warm empfohlen zu werden.

*K. Unna-Hamburg.*

**Diagnose und Therapie der Blennorrhoe beim Manne,** von S. Jessner-Königsberg. (Würzburg, A. Stubers Verlag, 1909.) Ein prächtiges Büchlein, dem man nur wünschen kann, das es vom Praktiker, für den es bestimmt ist, recht oft gelesen und recht gründlich studiert und — befolgt werden möge. Trotz der Entwicklung des Spezialistentums ist ja noch heute der gröfste Teil aller Blennorrhoen in den Händen des praktischen Arztes, und wenn dieser der Volksseuche der Blennorrhoe sachgemäfs entgegentreten und sein therapeutisches Handeln von korrekter Indikationsstellung abhängig machen will, so bietet ihm dieses neueste Heft (Doppelheft) von Jessners Dermatologischen Vorträgen für Praktiker die denkbar beste Handhabe. Von rein praktischen Erwägungen ausgehend, bringt J. die Erfahrungen langjähriger Tätigkeit auf diesem Gebiete in einer Form, die alles überflüssige Beiwerk vermeidet, im theoretischen Teile langatmige pathologische Erörterungen übergeht, im therapeutischen die relative Einfachheit und innere Konsequenz der Behandlungsmethoden unter steter Warnung vor unnützer oder gar schädlicher Polypragmasie hervorhebt. Unter diesen Gesichtspunkten wird der Spezialist, für den das Büchlein immerhin eine genufsreiche Lektüre bedeutet, es verstehen, dafs die Endoskopie sehr stiefmütterlich dabei weggekommen ist, dafs alle Komplikationen, die über die Blase hinausgehen, nur eben erwähnt werden, und dafs „zur Massage die Samenblasen zu hoch liegen, so dafs sie wohl nur selten therapeutisch mit Erfolg in Angriff genommen werden können". Übereinstimmen mit J. wird dagegen wohl mancher in den treffenden allgemeinen Ausführungen über Prostitution, über den Wert des Suspensoriums, über die Unmenge der modernen Medikamente usw. usw. *W. Lehmann-Stettin.*

**Lupus erythematosus acutus d'emblée.** Klinische Studie, von George Pernet-London. (Paris, Jules Rousset, 1908.) Eine ziemlich umfangreiche Monographie, die auf Grund eines eingehend mitgeteilten eigenen Falles und einer Reihe aus der Literatur zusammengetragenen und in extenso mitgeteilten Beobachtungen, zu folgenden Schlüssen kommt: Es gibt fraglos eine sehr seltene, schwere und akut verlaufende Form des Lupus erythematodes, die den Namen „Lupus érythémateux aigu d'emblée" verdient. Sie kommt fast ausschliefslich bei Frauen vor (neun von zehn Beobachtungen), ist in ihren Hautmanifestationen sehr polymorph und zeigt intoxikationsähnliche schwere Allgemeinerscheinungen, die in wenigen Wochen zum Tode führen.

*W. Lehmann-Stettin.*

**Das Licht als biologischer Faktor.** (Eine Physiologie und Pathologie des Farbstoffwechsels), von Ernst Diesing-Berlin. (Freiburg i. B. und Leipzig, Speyer & Kaerner, 1909.) In dem etwa 100 Seiten starken Büchlein (Preis 3 Mark) hat Verfasser mit einer gewissen Konsequenz eine Unmenge von Einzeltatsachen und Beobachtungen zusammengetragen, die auf dem Gebiete der Farbstofflehre, unserer chemischen Kenntnisse von den verschiedenen im menschlichen Körper vorhandenen und auf ihren Ursprung und Zweck untersuchten Farbstoffe ebenso weit verstreut hie und da in der Fachliteratur sich finden, wie auf der anderen Seite die Farbstoffbildung und Beeinflussung durch das Licht in vielen Einzelbeobachtungen zwar bekannt, aber in Beziehung zueinander gesetzt zu werden mangelte. Er beleuchtet diese sehr geschickt verwendeten Einzelheiten von einem einzigen Gesichtspunkte aus und sucht zu erweisen, dafs alle Farbstoffe des Organismus aus einer Quelle stammen und „biochemisch gebundene Lichtenergie“ sind, die ebenso wie der Sauerstoff der Luft und das Eiweifs der Nahrung als ein Lebenselement des Organismus zu betrachten ist. Die Funktionen des Organismus, die auf Zuführung dieser Lichtenergie hinzielen, werden zu einem „Farbstoffwechsel“ zusammengefafst, dessen Ablauf in seiner Wirkung auf die einzelnen Organe des menschlichen Körpers im Einzelnen zur Darstellung gelangt, ebenso wie seine Störungen als Ursache einer Reihe (oder besser der meisten) Erkrankungen nachgewiesen werden. Die Bildung aller Farbstoffe verlegt Verfasser seinen Anschauungen entsprechend in die Haut, und zwar in die chromogenen Zellen des Rete Malpighi. Die Pigmentierung der Haut ist danach die Aufspeicherung eines Vorrats von Lichtenergie, die je nach Bedarf in die Säftezirkulation fortgeführt und verbraucht wird, unter Umständen bis zum Einsetzen von dadurch hervorgerufenen Erkrankungssymptomen aufgebraucht werden kann, während auf der anderen Seite eine etwaige Überproduktion dadurch reguliert wird, dafs die mehrfachen Schichten pigmentführender Zellen in der Oberhaut das weitere Vordringen der Sonnenstrahlen bis zu den pigmentbildenden Zellen verhindern.

Zur Umformung der Lichtenergie in Farbstoffe gehören aber noch andere Substanzen; so liefern die durch die Säftezirkulation an die chromogenen Zellen des Rete Malpighi herangeführten Mengen Eisen und Schwefel die Grundlagen für die in der Haut unter der Einwirkung der ultravioletten Lichtstrahlen entstehenden Melanine und Hämosiderine. Auf dem Eisen bauen sich die Hämosiderine, auf dem Schwefel die Melanine auf. Zu gleicher Zeit betrachtet D. das Eisen als Transportmittel für den organischen Farbstoff, während der Schwefel als Speicherungsmittel fungiert. Andererseits stellt das mit einer gewissen Regelmäfsigkeit wechselnde Mengenverhältnis des Eisens und des Schwefels im Farbstoff einen sehr wichtigen Faktor des Stoffwechsels dar; so hängt vom Verhalten dieser beiden Minerale im Hämoglobin die Aufnahme bezw. Abgabe von Sauerstoff und Kohlensäure ab. Der Farbstoff wird aber auch durch seine Arbeitsleistung verbraucht und aus dem Körper wieder ausgeschieden, ein Vorgang, der z. B. für den Blutfarbstoff durch die Nebennieren reguliert wird, die den verbrauchten Farbstoff reduzieren.

Störungen in diesem Farbstoffwechsel oder in den regulierenden Organen bewirken Erkrankungen, die hierdurch eine ungezwungene Erklärung finden, wie die essentiellen Blutkrankheiten und Konstitutionsanomalien u. a. m. Auch an eine therapeutische Beeinflussung solcher Störungen im Farbstoffwechsel geht D. heran, bezw. sucht die Wirkung mancher bisher, oft nur empirisch vorgenommenen therapeutischen Mafsnahmen in seinem Sinne zu erklären.

Die Arbeit zeigt nicht nur umfassende Kenntnisse, sondern auch eine in unseren Durchschnittsarbeiten nicht vorhandene Grofszügigkeit der Ideen, liest sich auch sehr interessant, wenn auch oft nicht ganz ohne Beklemmung, wenn man sieht, wie manche

Schlufsfolgerung auf gänzlich unbewiesener Basis beruht, z. B. der Annahme der Einheitlichkeit aller Körperfarbstoffe, der absoluten Negierung autochthoner Farbstoffbildung in inneren Organen u. a. m. *W. Lehmann-Stettin.*

---

# Mitteilungen aus der Literatur.

## Chronische Infektionskrankheiten.

### c. *Syphilis.*

**Hydrocephalus chronicus internus congenitus und Lues,** von W. Knoepfelmacher und H. Lehndorff. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 49.) Drei Fälle von Hydrocephalus internus chronicus congenitus mit Ballonschädel wurden mit der Komplementbindungsmethode nach Wassermann untersucht und ergaben negatives Resultat (Serum und Cerebrospinalflüssigkeit). Dagegen ergab ein Hydrocephalus mäfsiger Intensität mit Caput natiforme komplette Hemmung der Hämolyse. Es wird nun der Schlufs gezogen, dafs der Hydrocephalus internus chronicus congenitus mit Ballonschädel in der gröfsten Mehrzahl der Fälle als nicht auf Lues beruhend anzusehen ist. (Dieser Schlufs ist wohl als gewagt zu bezeichnen: aus dem negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion soll man prinzipiell keine Rückschlüsse ziehen und dies insbesondere, wenn es sich um Untersuchung von nur drei Fällen handelt. Referent.) *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Akute syphilitische Meningitiden,** von Raoul de Coux. (*Thèse de Paris.* 1908. Nach *Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 4.) Akute syphilitische Meningitiden kommen sowohl im Sekundär- wie im Tertiärstadium vor. Die akute syphilitische Meningitis des Sekundärstadiums tritt gewöhnlich gleichzeitig mit der Eruption von Hautsyphiliden auf; Boidin und Weil halten es daher für möglich, dafs sie der Ausdruck eines vereinzelten Exanthems ist. Sie verläuft ohne stürmische Erscheinungen ähnlich wie die tuberkulöse Meningitis des späteren Kindesalters, geht stets mit Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit einher und kommt unter Quecksilberbehandlung fast stets zur Heilung, ohne Folgen zu hinterlassen.

Bei der akuten syphilitischen Meningitis des Tertiärstadiums handelt es sich um die Exacerbation einer mehr oder weniger latenten chronischen tertiärsyphilitischen Meningitis. Sie verursacht heftige Delirien, Konvulsionen, partielle epileptiforme Anfälle, Lähmungen der Extremitäten und der Augenmuskeln, Facialislähmung usw.; die vorher schon vorhandene Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis kann sich im Verlaufe der Erkrankung in eine Polynukleose umwandeln. Die Affektion hinterläfst nervöse Störungen und die Zeichen einer herdförmigen chronischen Meningitis, zuweilen führt sie auch zum Tode. *Götz-München.*

**Ein operierter Fall von Arachnitis circumscripta syphilitica der hinteren Schädelgrube,** von Ernst Unger-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 5.) Bei einer 31jährigen Kranken bestand eine lokalisierte syphilitische Meningitis, die zur Bildung von Verwachsungen und zu einer umschriebenen Flüssigkeitsansammlung (Cyste?) in der Gegend des rechten Kleinhirnbrückenwinkels geführt hat. Antiluetische Kur hilft nicht, die Operation beseitigt die Cyste. Der Fall lehrt die Berechtigung der von Lichtheim u. a. erhobenen Forderung: Wo ein raumbeengendes Moment in

der hinteren Schädelgrube festgellt ist, da muſs trepaniert werden. Helfen Hg und JK nicht, auch wenn sichere Lues vorliegt, so operiere man, ehe die Kranken blind werden. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Die Arteriitis cerebralis der hereditärsyphilitischen Kinder,** von R. Romme. (*Presse méd.* 1909. Nr. 29.) Die hereditäre Lues zeigt auſser ihren frühen und tardiven Manifestationen nach Paul Savy (*Rev. de méd.* 1909. Nr. 9) eine dritte, zwischen diesen gelegene Form, die durch Cerebralsymptome speziell Hemiplegie infolge Läsion der Cerebralarterien gekennzeichnet ist. Sie kommt besonders in den drei ersten Lebensjahren vor und tritt gewöhnlich akut auf. Oft vergeht die Lähmung wieder, manchmal bleibt sie aber stationär und geht in eine spastische Kinderlähmung über. Sind andere hereditärluetische Symptome vorhanden, so ist die Diagnose leicht, sonst ist es schwer, die Syphilis als ätiologisches Moment verantwortlich zu machen, auſser wenn die Autopsie Arteriitis cerebralis konstatiert. Da in vielen Fällen von spastischer Kinderlähmung Erkrankung der Hirnarterien nachgewiesen wurde, so steht Savy nicht an, auch diese von einer luetischen Erkrankung abhängig zu machen.

*Gunsett-Straſsburg.*

**Die syphilitische Myelitis beginnend mit Störungen von Harninkontinenz,** von J. Ventron. (Inaug.-Dissert. Paris, 1908.) Die meisten syphilitischen Erkrankungen des unteren Rückenmarkabschnittes treten unter dem Bilde von Paraplegien in Erscheinung, doch kommen auch Fälle zu Beobachtung, wo zuerst die Sphinkteren ergriffen werden und in seltenen Fällen treten nur Störungen der Blase in den Vordergrund. Der Verfasser hat zwei Kranke beobachtet, bei welchen die ersten Symptome Harndrang und -Inkontinenz waren. Es ist wichtig dies zu wissen, da nur eine rechtzeitige antiluetische Behandlung von Erfolg begleitet ist und wenn man auch durch dieselbe die Blasenveränderungen nicht heilen kann, so ist es doch möglich, den Paraplegien, die sich meist anschlieſsen, vorzubeugen.

Das Erkennen der syphilitischen Natur der erwähnten Blasensymptome ist nicht immer leicht, doch kann die Lumbalpunktion Klarheit verschaffen und ferner die meist immer mitbestehenden okularen Störungen. Differentialdiagnostisch kommen Tumoren, Fremdkörper, Traumen und andere Läsionen, die ihren Sitz in dem Endteile des Rückenmarkes haben, in Betracht. *E. Toff-Braila.*

**Tabesfragen,** von H. Kron-Berlin. (*Monatsh. für Psychiatr. und Neurolog.* Bd. XXIV, H. 6.) Verfasser berichtet über Beobachtungen bei 322 Fällen Tabes bei Männern und 160 bei Weibern und kommt zu folgenden Schlüssen: Zunächst kann man der Meinung entgegentreten, daſs das Quecksilber Tabes hervorruft, denn Tabes trat auch auf bei Leuten, die nie mit Quecksilber behandelt waren. Dann geht aus seinen Fällen hervor, daſs auch gründliche Behandlung der Syphilis den Eintritt der Tabes nicht verhindern kann und ungenügende ihn nicht fördert, ferner daſs die Länge der Intervalle zwischen Lues und Tabes dem Hg-Gebrauch im allgemeinen indirekt proportional ist, so daſs also dem Hg. bei der Entstehung der Tabes die Rolle eines bedeutsamen auxiliären Momentes zuzuschreiben wäre. Er rät also die Quecksilberbehandlung nicht zu übertreiben und für eine Kräftigung der Patienten und Förderung ihrer Wiederstandskraft nicht nur während der Kur, sondern auch während der ganzen späteren Zeit zu sorgen. Von einer unzweifelhaften Einwirkung des Quecksilbers auf die Tabes hat K. sich in keinem Fàlle überzeugen können. *Haas-Hamburg.*

**Über familiäre und juvenile Tabes mit Infantilismus nach Lues acquisita,** von Georg Stiefler-Linz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 5.) Durch ein siebenjähriges Mädchen wurden in zwei verwandten Familien zehn Personen luetisch infiziert; von diesen wurden — bisher — drei tabisch und zwar der Vater und zwei Kinder der einen Familie. Diese letzteren, juvenilen, Tabiker boten neben Zeichen einer

überstandenen Rachitis ausgesprochen infantilistische Züge dar: graziler, proportioniert gebauter Körper, Persistieren des kindlichen Habitus, Kleinheit der äufseren Geschlechtsorgane, Fehlen des sekundären Geschlechtscharakters. *Schourp-Danzig.*

**Syphilis, Tabes und Herz- und Gefäfserkrankungen,** von Luigi Parola. (*Morgagni.* 1909. Nr. 2.) Unter 93 Tabikern fanden sich 20 Herz- und Gefäfserkrankungen und zwar Aortitis, (Stenosis und Insuffizienz), nur einmal Aneurysma, selten Mitralinsuffizienz. Immer waren diese Erkrankungen latent und ohne subjektive Symptome. Von diesen 20 Fällen war nur bei fünf nichts von Lues in der Anamnese. *Gunsett-Strafsburg.*

**Die syphilitischen Wurzelneuritiden,** von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 4.) Die syphilitischen Wurzelneuritiden, die schon frühzeitig in der Sekundärperiode vorkommen und sich durch Schmerzen und Lähmungserscheinungen, wie Lumbago, Ischias, Torticollis, Facialislähmung, äufsere, sind nach J. als Warnungssignale zu betrachten: an sie schliefsen sich nämlich, wenn keine eingreifende Behandlung erfolgt, häufig Paralyse und Tabes an. Im Beginn der Wurzelneuritiden ist zur Stellung der Diagnose die Lumbalpunktion von Vorteil. — Ein von J. beobachteter Fall von Wurzelneuritis betraf eine 30jährige Frau, die vor zehn Jahren luetisch infiziert worden war. Die Patientin litt 1½ Jahre lang an sehr schmerzhaftem Torticollis, die Schmerzen strahlten in die linke Schulter und in den linken Arm aus; Ober- und Vorderarm waren gelähmt, die Muskulatur der Schulter und des Oberarms war atrophisch und liefs zum Teil Entartungsreaktion erkennen.

*Götz-München.*

**Über die Serodiagnostik der Syphilis und ihren Wert für die Praxis,** von Felix Heller. (Inaug.-Dissert., Giefsen.) 1. In der Serodiagnostik besitzen wir ein in der Hand erfahrener Beobachter sehr wertvolles Mittel zur Diagnose und Erforschung der Syphilis. 2. Ihr positiver Ausfall ist mit bestimmten Ausnahmen für Syphilis beweisend, der negative ist nicht gegen Syphilis zu verwerten. 3. Der direkte Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes dorsalis sowie Paralyse ist nunmehr für die überwiegende Mehrzahl der Fälle objektiv erwiesen. 4. Die spezifische Therapie hat in vielen Fällen einen deutlich nachweisbaren Einflufs auf die Reaktion. 5. Sichere prognostische Schlüsse sind nach den bisherigen Erfahrungen des Verfassers noch nicht zulässig. *Fritz Loeb-München.*

**Die Serumreaktion von Porges bei Syphilis,** von G. Ciuffo. (*Boll. d. Soc. med.*) Pavia, 10. Juli 1908.) Ciuffo hat die Sera von 20 Nichtsyphilitikern und von 20 Syphilitikern auf die Porgesreaktion geprüft. Von den ersteren reagierten einer von den Syphilitikern acht (40%) positiv. *Dalla Favera-Parma.*

**Der serologische Luesnachweis mit der Bauerschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion,** von Willy Hinrichs. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 35.) Eingehende Beschreibung der Bauerschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion, in der Verfasser eine willkommene Besserung begrüfst: sie sei nach seinen Erfahrungen viel einfacher und gestatte feinere Anschläge. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Was leistet die Wassermannsche Reaktion für die Praxis?** Von Fritz Höhne. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 47.) Jeder, der in unserer Zone lebt und eine positive Wassermannsche Reaktion aufweist, ist mit Lues infiziert worden; allerdings mufs die Technik der Reaktion eine tadellose sein. Demnach hat die Diagnostik der luetischen Erkrankungen durch die Reaktion unendlich viel gewonnen, da wir an Stelle der Vermutungen dank derselben in vielen Fällen absolute Sicherheit erreichen.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die Serumreaktionen der Syphilis,** von Lad. Detre und Emil v. Brezovsky-Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 49 und 50.) Eine grofse Zahl eigener

Versuche mit der WASSERMANNschen Komplementbindung, die im grofsen und ganzen zu etwa den gleichen Resultaten wie die anderer Autoren führten; etwas scharf präzisiert erscheint der Satz: „die negative Reaktion spricht mit gröfster Wahrscheinlichkeit gegen Lues.“ Um über die Stärke der Reaktion Aufschlufs zu erhalten, haben die Verfasser die Technik WASSERMANNS modifiziert, indem sie die Sera in verschiedener Verdünnung benutzten, um so festzustellen, in welcher Verdünnung ein positiv bindendes Serum noch vollständige Bindung hervorzurufen fähig ist, und andrerseits, welch ein Multiplum von negativem Serum bereits positive Bindung gibt. Ferner bringen die Verfasser als Neuerung die Fixierung der Reaktionen: „wenn wir die Proben abschliefsen, geben wir von jedem Tropfen eine bestimmte Quantität (0,02—0,03 ccm) mit Hilfe einer feinen Pipette auf gewöhnliches weifses Filtrierpapier und lassen sie dort sich einsaugen. Die vollständig positive Probe zeigt auf ungefärbtem Grunde im Zentrum des Tropfens die nicht gelösten Blutkörperchen. Im Falle einer mittelpositiven Probe wird das Papier entsprechend dem Tropfen gelblich, aufserdem bleiben im Zentrum die nicht gelösten Blutkörperchen zurück, während bei negativer Probe der ganze Tropfen gleichmäfsig rosa gefärbt wird. Auf diese Weise kann für spätere Studienzwecke eine jede Phase der Reaktion aufbewahrt, d. h. fixiert werden, was besonders für vergleichende Studien von unschätzbarem Werte ist.“

*W. Lehmann-Stettin.*

**Die Serodiagnose der Syphilis,** von A. BAYET und E. RENAUX-Brüssel. (Verlag: *Imprimerie médicale et scientifique.* L. Severeyns-Brüssel.) Im ersten Teil ihrer Abhandlung geben die Autoren einen Rückblick auf die Genese der WASSERMANNschen Reaktion und ihre theoretischen Grundlagen. Im zweiten Teil liefern dieselben auf Grund ihres Materiales einen Beitrag zu den mehr praktischen Fragen, die sich an die Reaktion knüpfen. Im allgemeinen stimmen ihre Ansichten mit den herrschenden Anschauungen überein. So wollen sie nur den positiven Ausgang der Reaktion als mafsgebend anerkennen und zwar als mafsgebend für das Nochvorhandensein von Spirochäten im Körper. Auch ein spätes oder verlangsamtes Auftreten der Hämolyse, während die Kontrollröhrchen ein schnelles Eintreten derselben zeigen, rechnen sie zum positiven Ausfall. In der Behandlung soll womöglich die Umwandlung der positiven in eine negative Reaktion erstrebt werden. Doch soll die Behandlung nicht sklavisch von der Reaktion abhängig sein. Wenn z. B. nach einer sechswöchentlichen energischen Kur die Reaktion noch positiv ist, so soll trotzdem nicht sofort weiterbehandelt werden. Ebenso darf der Heiratskonsens nicht ausschliefslich davon abhängig sein. Auch bei der Ammen- und Prostituiertenuntersuchung soll nicht allein der Reaktionsbefund ausschlaggebend sein, da Kontagiosität und positive Reaktion zwei ganz verschiedene Dinge sind. Für die Lebensversicherungen spricht er ihr jegliche Bedeutung ab, da die Syphilis schon an und für sich nur in geringem Mafse die Lebensdauer beeinflufst. Dieser letzteren Ansicht hatte BAYET schon im Jahre 1899 auf dem internationalen Kongrefs der Lebensversicherungsärzte in Brüssel Ausdruck gegeben. Hingegen erkennt er ihre Bedeutung zur Aufklärung der Ätiologie mancher Erkrankungen (Aortitis) an der Leiche voll an. *Gunsett-Strafsburg.*

---

# Verschiedenes.

**81. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg,** 19. bis 25. September 1909. Die unterzeichneten Geschäftsführer und Abteilungseinführenden geben sich die Ehre, zu der in der Zeit vom 19. bis 25. September d. J. in Salzburg stattfindenden 81. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte ergebenst einzuladen. Das Programm der Versammlung ist vorläufig folgendes: Sonntag, den 19. September: Begrüfsungsabend im Kurhaus. Montag, den 20. vormittags erste allgemeine Sitzung in der Aula academica; nachmittags Abteilungssitzungen; abends Alpiner Abend mit Militärkonzert. Dienstag, den 21. Abteilungssitzungen; abends Bankett, Militärkonzert, Beleuchtung der Festung Hohensalzburg. Mittwoch, den 22. vormittags Abteilungssitzungen; nachmittags Volkstrachtenfest im Franz Josef-Park. Donnerstag, den 23. vormittags Geschäftssitzung. Gemeinsame Sitzung der beiden Hauptgruppen; nachmittags Einzelsitzungen der beiden Hauptgruppen; abends Zusammenkunft im Kurhaus. Freitag, den 24. vormittags Zweite allgemeine Sitzung; nachmittags Ausflug nach Reichenhall. Sonnabend, den 25. Ausflüge: durch den Tauerntunnel nach Malnitz und Badgastein — auf den Schafberg — zum Königssee bei Berchtesgaden. Für die Teilnehmerkarte sind 25 Kronen österreichischer Währung zu entrichten, in welchen Betrag der Jahresbeitrag für die Mitglieder der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte eingerechnet ist. Damenkarten à 7 Kronen. Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier gröfsere Vorbereitungen erfordern — sind bis Ende Mai bei einem der mitunterzeichneten Einführenden der betreffenden Abteilung anzumelden. Ganz besonders dankbar wären wir für Vorträge über Gegenstände, welche sich zur Besprechung in kombinierten Sitzungen zweier oder mehrerer verwandten Abteilungen eignen, da es dem universellen Charakter der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, in welcher, im Gegensatz zu den zahlreichen, alljährlich stattfindenden Spezialkongressen, sämtliche Zweige der Naturwissenschaften und Medizin vertreten sind, entspricht, dafs gerade solche, mehrere Abteilungen interessierende Fragen zur Verhandlung gelangen. Die Geschäftsführer: Stadtphysikus Dr. Franz Würtenberger, Prof. Eberhard Fugger. Die Einführenden: Prof. Dr. Ludwig Merk, Dr. Anton Pilsack.

**Wie man eine dermatologische Krankengeschichte aufnehmen soll,** von M. W. Dubreuilh-Bordeaux. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 41.) Klinischer Vortrag mit allgemeinen Regeln, die für die Aufnahme der Krankengeschichte mafsgebend sind.

*Gunsett-Strafsburg.*

**Über die cystische Degeneration der fungiformen Zungenpapillen,** von Eduard Rehn-Königsberg i. Pr. (*Arch. f. klin. Chirurgie.* Bd. 88, Nr. 4.) Bei einem achtjährigen Knaben fand sich auf der rechten Zungenhälfte ein ovaler Tumor mit höckeriger Oberfläche; er war 5 cm lang, 3 cm breit und 6 mm hoch. Die klinische Diagnose schwankte zwischen Lymphangioma und Papilloma linguae. Aus der histologischen Untersuchung ergab sich, dafs die Papillae fungiformes sämtliche Stadien der cystischen Degeneration aufwiesen. Der Inhalt der Cysten bestand aus homogenen, mit Eosin hellrot sich färbenden, bei Hansen-Färbung hellgelb erscheinenden Massen, welchen stellenweise Erythrocyten, eosinophilgekörnte Leukocyten, Lymphocyten und grofsem ononukleäre Zellformen beigemengt waren. *Schourp-Danzig.*

---

# Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 48. No. 12. 15. Juni 1909.


## Zur Klinik und Anatomie des Lupus erythematodes.


Von

Dr. ERNST DELBANCO-Hamburg.


Mit zwei Abbildungen im Text.

Fast vier Jahre, bis zu seinem Tode, vermochte ich den instruktiven Fall zu verfolgen, über welchen ich wiederholt in dem Hamburger ärztlichen Verein (vgl. Verhandlungen, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1905 und 1907) und auf der Ärzte- und Naturforscherversammlung zu Dresden 1908 berichtet habe. Ich erwähnte ihn auch auf der Tagung der Deutschen dermatologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. im Anschluſs an den Vortrag von KREIBICH über das Erythema perstans faciei. KREIBICH hatte sich schon früher zu der Hypothese bekannt, die den Lupus erythematodes als ein durch Reizung vasomotorischer Zentren entstandenes atrophisierendes Erythem bezeichnet. „Die Annahme, daſs verschiedene Toxine die gleiche vasomotorische Erregung auslösen können, ermöglicht uns, die Tatsache, daſs man Lupus erythematodes mit und ohne Tuberkulose findet, im Hinblick z. B. auf den Herpes zoster, der einmal unter dem Bilde einer Infektionskrankheit, das andere Mal nach Arsenik entsteht, gut zu erklären.“ Wenn ich KREIBICH richtig verstanden habe, so bedeutet sein Gedankengang keine ganz einfache Komplikation der BOECKschen Annahme über die Entstehung der Tuberkulide. Wer sich mit diesen befaſst, wird, wenn er die BOECKsche Hypothese ganz bei Seite läſst, für die bestbeglaubigten Tuberkulide, den Lichen scrophulosorum und die Folliclis wählen zwischen der Toxintheorie und der JADASSOHNschen Auffassung, daſs es sich um hämatogene bazilläre Tuberkulosen handelt mit abgeschwächtem bezw. totem Material. Letztere Auffassung, unter welcher JADASSOHN die Tuberkulide als solche berechtigt erscheinen — eine glatte Ablehnung erfahren sie wohl noch immer von seiten RIEHLS — läſst sich nach JADASSOHN für den nach der Seite einer tuberkulösen Ätiologie heiſs umstrittenen Lupus erythematodes chronicus nicht durchführen. Andererseits wird der Zusammenhang des Lupus erythematodes mit der Tuberkulose von so vielen

hervorragendsten Autoren so eindringlich behauptet, daſs per exclusionem bei der Ablehnung einer bazillären Tuberkulose die Toxintheorie von selbst wieder in den Vordergrund rückt. Selbst wer mit JADASSOHN an der Hand seiner an Objektivität und kritischer Schärfe ganz einzig dastehenden Darstellung[1] mit ihm „auch heute von einem gesetzmäſsigen Zusammenhang des Lupus erythematodes mit Tuberkulose nichts erkennen kann", muſs gerade wegen der Einwendungen, die er sich selbst immer wieder macht, und wegen der Zweifel, die zwischen den Zeilen auftauchen, ein non liquet aussprechen und sich nur widerwillig der schlieſslich von ihm akzeptierten „letzten Hypothese" anschlieſsen, „welche den Lupus erythematodes als eine spezifische Infektionskrankheit nicht tuberkulöser Natur ansieht".

Die verschiedenen und so weit voneinander abweichenden Entstehungsmöglichkeiten der hypothetischen Tuberkulide erklären vielleicht, warum trotz des weitgehenden sozialen Interesses, welches heute jeder Tuberkulosefrage entgegengetragen wird, die Tuberkulide von der medizinischen Klinik fast ganz ignoriert werden. Diese Vernachlässigung mag andererseits als Beweis gelten für die exakten, greifbaren Grundlagen, wie sie Anatomie, Bakteriologie und Chemie der Klinik gebaut haben, Grundlagen, welche den heuristischen Wert geistvoller Hypothesen zu leicht unterschätzen lassen.

Von diesem Gesichtspunkte aus mag jeder noch so bescheidene Beitrag gestattet sein, welcher vielleicht mithilft an der Entwirrung der an die Tuberkulide sich knüpfenden Fragen. Andererseits wächst mit der Genauigkeit der Analyse eines Falles die Skepsis. — Eine Neubearbeitung müssen die Tuberkulide ja von selbst erfahren durch die MUCHschen Arbeiten über die Granula, welche uns, wenn ein Einwand, wie es scheint, ausgeschlossen ist, den KOCHschen Bacillus im neuen Gewande erscheinen lassen.

---

Der damals elfjährige Karl Sch. war am 10. Februar 1905 in meine Behandlung gekommen. An dem vermeintlichen „Gesichtsekzem" war der „skrophulöse Knabe" von seinem Hausarzt ein halbes Jahr ohne Erfolg behandelt worden. Der vielbeschäftigte Kollege war nicht wenig erstaunt, als ich den kleinen Patienten gleich in der nächsten Sitzung des ärztlichen Vereins als ausgebreiteten Fall eines Lupus erythematodes discoides von allgemeinem Interessse wegen der „tuberkulösen" Lymphome am rechten Unterkiefer vorstellte.

Aus der Anamnese, welche die sorgsame Mutter mir gab, stelle ich hierher, daſs es sich um ein von Geburt an schwächliches und kränkliches Kind gehandelt hat. Zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahr hatte es an den Augen gelitten, dann an Ohrlaufen. Wiederholte fieberhafte, nicht immer unter ausgesprochenen Diagnosen behandelte Krankheiten, finden sich zwischen dem fünften und zehnten Jahre. Erblich

[1] MRAČEKS *Handbuch der Hautkrankheiten.* Wien 1904.

starke tuberkulöse Belastung. Im Juli 1904 hatten sich zuerst die roten Flecken im Gesicht eingestellt während eines Landaufenthaltes. Hier nur langsames Wachstum. Mit August 1904 Rückkehr nach Hamburg. Innerhalb acht Tagen starke Ausbreitung, deshalb Konsultation des Hausarztes.

Es war ein nicht übermäfsig magerer Junge. Eine auffällige Anämie der Haut und Schleimhaut. Der zellige Blutbefund war nicht verändert, der Hämoglobingehalt um 30% herabgesetzt. Urin ohne Abweichungen. Die inneren Organe erwiesen sich als gesund. Eine wiederholte genaue Untersuchung liefs mich zweifellose gröbere Veränderungen nicht nachweisen. Ein verschärftes Inspirium in beiden Spitzen mufste ich nach längerer Beobachtung als bedeutungslos auffassen. Nachtschweifse bestanden nicht. Bei dem gut erzogenen eifrigen Knaben waren schnelle Ermüdbarkeit und abnehmender Appetit den Eltern in letzter Zeit aufgefallen.

An der rechten Wange bestanden übereinander ein fünfmarkstückgrofser und ein einmarkstückgrofser runder Herd, an der linken Wange ein fünfzigpfennigstückgrofser Herd, linsenförmige Herdchen an der Nasenspitze. Die Ohrränder waren stärkst beteiligt und vervollständigten den Schulfall des Lupus erythematodes discoides. Die linsenförmigen Stellen an der Nasenspitze zeigten das Schüppchen mit dem Hornfortsatz an der Unterseite, die Ohrränder waren infiltriert, daneben stellenweise bereits narbig eingezogen und atrophisch, die gröfseren Herde in der Mitte eingesunken, mit Schüppchen überlagert, der scharfe Saum infiltriert, dunkelrot, gegenüber dem Zentrum deutlich erhaben. Es genügt hier, wenn ich hervorhebe, dafs UNNA, LEISTIKOW, L. PHILIPPSON, welcher damals in Hamburg sich aufhielt (den Fall erst später gelegentlich eines Erysipels des rechten Ohres sah) die Diagnose ohne weiteres bestätigten. LEISTIKOW hatte vorübergehend an eine Einschränkung gedacht wegen der bekannten kleinsten vereinzelten braunen Einlagerungen am Rande, die ihm bei Glasdruck aufgefallen waren. Ich hebe das der Genauigkeit halber hervor. Meine älteren Kollegen hatte ich mit dem Falle bekannt gemacht wegen des mir von vornherein so sehr in die Augen springenden von mir sofort als tuberkulös angesprochenen Lymphoms an der rechten Halsseite. Unter dem linken Kieferwinkel war ganz in der Tiefe eine weit geringere Drüsenschwellung zu konstatieren.

Ich hielt es für geraten, die Eltern zu bewegen, den Jungen in das Marien-Krankenhaus zu bringen und von der Fortsetzung der bis dahin allerdings indifferenten Behandlung der Hautaffektion abzusehen. Mir lag an einer Entfernung des gut pflaumengrofsen Lymphoms, dessen Wachstum die Eltern während des letzten Jahres verfolgt hatten und mit welchem sie selbst die körperliche Hinfälligkeit des Knaben in Verbindung brachten. Übrigens gaben die Eltern mit Bestimmtheit an, dafs das Drüsenpaket vor der „Flechte“ dagewesen wäre.

Am 3. März 1905 erfolgte in Äthernarkose durch URBAN die nicht leichte Entfernung der stark verwachsenen Drüsenmasse und die Entfernung des Lupus erythema-

todes-Herdes an der rechten Wange, zu welcher die Eltern ihre Zustimmung gegeben hatten.

Aus der Krankengeschichte, welche mir URBAN gütigst überlassen hat, entnehme ich weiter, daſs am 11. März die Fäden entfernt wurden. „Wundränder liegen gut aufeinander.“ 13. März Abnahme des Verbandes. „Gute, feste Narben.“ 15. März entlassen. Die Hälfte des Lymphoms und des Lupus erythematodes-Stückes gingen noch am selben Tage PLAUT zu mit der Bitte, sie für Tierimpfungen zu verwerten, die anderen Hälften wurden in Formalin bezw. Alkohol gelegt.

Unter dem 5. März teilte mir PLAUT mit: „Das Material habe ich im besten Zustande erhalten. Ich habe zwei Meerschweinchen, die bei der Tuberkulinprobe keine Reaktion zeigten (4 mg Tb) infiziert und hoffe, Ihnen bald (in drei Wochen) Bericht erstatten zu können.“



Fig. 1.

Aus dem Protokollbuch PLAUTs darf ich dann noch hierher setzen: „6. III. 05. Groſses weiſses Meerschweinchen, 611 g schwer, erhält 1 ccm Emulsion von einer Drüse eines Lupus erythematodes-Kranken intraperitoneal. Sektion am 7. IV. 05. Typische Peritonealtuberkulose. Gewichtsabnahme 80 g.

6. III. 05. Weiſses Meerschweinchen, 430 g schwer, erhält 1 ccm Emulsion von Lupus erythematodes-Haut intraperitoneal. Sektion am 7. IV. 05. Nichts Pathologisches. Gewichtszunahme 70 g.“

Die histologische Untersuchung lieſs mich für die Drüsenmasse das bekannte Bild der Lymphadenitis tuberculosa feststellen (vgl. Fig. 1). Ein Blick auf die beigefügte Abbildung mag den Leser orientieren. Zahlreiche LANGHANSsche Riesenzellen, welche auf der Zeichnung bei der schwachen

Vergröſserung nicht genügend hervortreten, und die groſsen Käseherde stehen im Vordergrunde. Trotz zahlreicher Schnitte gelang es mir nicht, Tuberkelbazillen zu finden. Ohne den positiven Tierversuch wäre dem übergroſsen Skeptizismus vielleicht das histologische Bild der hier sicherlich bazillenarmen Drüsentuberkulose nicht genug beweisend gewesen.

Recht unbefriedigend war mir die histologische Ausbeute der Hautstückchen, welcher ich mit Spannung entgegengesehen habe, da doch so tief exzidierte Lupus erythematodes-Herde nicht zum täglichen Studium des Dermatologen gehören. Wer sich viel mit der Histologie des Lupus erythematodes beschäftigt hat, wird wohl diese Enttäuschung nicht auffällig finden. Die bekannten epidermoidalen Veränderungen, Hornzapfen in Schweiſsdrüsenausführungsgängen und Haarfollikeln, Hyper- und Parakeratose,[2] zweifellose Ausgleichung des Papillarkörpers. Ödem im Papillarkörper. Vorwiegend den unteren Teil des Papillarkörpers und den oberen Cutisabschnitt bevorzugend reichliche perifollikuläre und perivaskuläre Zellansammlungen, die streifen- und gabelförmig sich ausnehmen. Es sind harte, kleine, plasmaarme Zellen, welche die Infiltration bilden. Absoluter Mangel mehrkerniger bezw. gelapptkerniger Leukocyten. An dem elastischen Fasernetz keine Veränderungen. Die „zentrale Kanalisierung“ Buris und Unnas habe ich nicht gesehen. Auf die „kolloide“ Degeneration bin ich nicht gestoſsen.

Ich kehre jetzt zu dem Patienten zurück. Mitte April akquirierte er — an den Herden hatte sich eigentlich nichts geändert — ein echtes, hoch fieberhaftes Erysipel am rechten Ohr, das aber nur wenige Zentimeter überschritten wurde und die groſsen Herde der rechten Wange nicht erreichte. Bei den viel erörterten Pseudoerysipelen, die für die Diagnose des Erythema perstans und des akuten Lupus erythematodes keine geringe Rolle spielen, erwähne ich noch einmal, daſs an der Natur dieses Erysipels, welches, wie erwähnt, L. Philippson mitsah, ein Zweifel nicht aufkam. Eine Beeinflussung des Lupus erythematodes fand nicht statt.

Im Mai verlieſs der Knabe dann für viele Wochen Hamburg, um zuerst in einem Solbad, dann auf dem Lande in der schlesischen Heimat der Mutter sich zu erholen. Lebertran und überreiche Ernährung taten das ihrige. Ich traute meinen Augen nicht, als ich im Spätherbst einen blühenden Jungen wiedersah, der reichlich an Gewicht zugenommen hatte. Das Auffällige aber war, daſs der Lupus erythematodes völlig geschwunden war. Nur die narbig verunstalteten Ohrränder erinnerten an das Leiden. Die früheren Herde waren an einer leichten Eingesunkenheit der daselbst vielleicht etwas blassen Haut noch wiederzufinden.

Wie war die Spontanheilung zu erklären? Die direkte Folge der Ausschaltung des Tuberkuloseherdes? Oder nur ein Begleitsymptom des Aufblühens des Knaben? Spontanheilungen des Lupus erythematodes sind ja nicht so etwas ganz Seltenes.

---

[2] Sehr schön tritt in einelnen Schnitten hervor, wie infolge der feuchten Parakeratose gröſsere Schüppchen mit mehreren übereinander liegenden Härchen an die Epidermis angeschmiedet bleiben.

Zum Frühjahr 1906 konnten die Eltern dem Wunsche des Knaben, ihn der Forstkarriere zuzuweisen, nachkommen.

Im Frühjahr 1907 kam er nach Hamburg zurück. Der Grund zur Rückkehr war das Auftreten neuer Drüsenpakete, jetzt an der linken Halsseite, gewesen, gleichzeitig meldeten sich wieder die Flecken im Gesicht, daneben eine rapide Gewichtsabnahme. Als ich den Jungen Ende April 1907 genauer untersuchte, fand ich neben zahlreichen eben beginnenden und schon weiter vorschreitenden Lupus erythematodes-Herden im Gesicht an der linken Halsseite bis unter den Muscularis sterno-cleido-mastoideus sich erstreckende Ketten von Lymphomen, deren Ausdehnung mir eine Operation sehr fragwürdig erscheinen liefs. Die Eltern drängten in Erinnerung an den dermaligen Erfolg zur Operation, welche — wieder in Äthernarkose — am 18. Mai 1907 stattfand. Urban mufste einen Teil der Drüsen zurücklassen. Eine grofse Masse verkäster Lymphome war entfernt worden aufser einem eben beginnenden Hautherd. In den zwei ersten Tagen nach der Operation war eine hohe Temperatur bis 39,5° konstatiert worden, dann Rückkehr zur Norm. Nach sieben Tagen Entfernung der Nähte. Gute Heilung. Am 27. Mai war wieder erhöhte Temperatur. Narben reizlos verheilt. Am 1. Juli wurde er auf Wunsch der Eltern nach Hause entlassen. Ein Nachwachsen der Drüsen war am Tage der Entlassung schon festzustellen.

Der Lupus erythematodes des Gesichts zeigt eine erschreckende Ausdehnung. Die Drüsen wuchsen beängstigend, so dafs der Hals fast doppelt so stark aussah. Zu einer Tuberkulinkur konnten die Eltern sich nicht entschliefsen. Der Junge wurde dann einem früheren Landwirt anvertraut, der den Mut hatte, mit einem Geheimmittel, welches wie mir schien, aus einem Konglomerat von Pflanzensäften bestand, und mit welchem er unzweifelhafte Erfolge auf Grund einer lebhaften Ätzwirkung beim Lupus vulgaris aufzuweisen hatte, ihm das ganze Gesicht zu verschorfen. Der Lupus erythematodes wurde tatsächlich bedeutend gebessert. Nach einiger Zeit kam wieder ein Rezidiv und der Junge zu mir zurück. Nach schwerem Siechtum ist der geduldige Patient trotz der rührendsten Pflege der Mutter am 14. Februar d. J. gestorben.

Die Sektion war mir leider verweigert worden. Wiederholt waren während der letzten Wochen von dem Hausarzt und mir die Lungen untersucht worden. Aufser dem schon erwähnten und das letzte Mal auch im Hospital festgestellten verschärften Atmen in beiden Spitzen war nichts von Bedeutung gefunden worden. Eine floride Tuberkulose war auszuschliefsen.

Das Hauptinteresse knüpft sich an die histologische Untersuchung des eben beginnenden Herdes im Gesicht. Die Untersuchung der Drüsen ergab wieder die verkäste Tuberkulose.

Hornschicht verbreitert. Kerne erhalten. Parakeratose (vergl. Fig. 2). In der Abbildung sind leider die Haarfollikel schräg geschnitten gezeichnet. An vielen Präparaten tritt aufserordentlich schön die Erweiterung der Follikelenden und die Bildung der Hornzapfen hervor. Die Epithelleisten sind fast geschwunden. Die Papillen, wo sie noch angedeutet, abgerundet. Das Elastin im Bereich der subepithelialen Partien etwas verschmächtigt. Aufser dem zweifellosen Ödem ist nur noch in den oberen und mittleren Cutislagen als Abweichung die Gegenwart kleinster perivaskulärer zelliger Herde zu notieren. Der tiefliegende Herd, welcher bei einer farbigen Wiedergabe — es handelte sich um eine Färbung des Elastins durch saures Orcein und eine Nachfärbung mittels polychromem

Methylenblau — besser charakterisiert wäre, konnte ich auf Serienschnitten verfolgen. Ein deutlicher Elastinring inmitten der zelligen Infiltration verrät das Gefäſs, dessen Lumen verengt ist durch eine Wucherung der Intima. Es kann sich nur um eine kleine Vene handeln. Eine Endophlebitis obliterans. Wieweit eine Mesophlebitis und eine Durchwucherung der ganzen Wandung statt hat, wage ich in Anbetracht des einzelnen Herdes und der Kleinheit des Gefäſses nicht zu entscheiden. (Seit längerem beschäftigt mich das Studium der einschlägigen Gefäſsverhältnisse bei der Tuberkulose. Das Elastin erscheint bei dem Lupus im Bereich der lupösen Infiltration wie wegrasiert. In den Riesenzellen er-

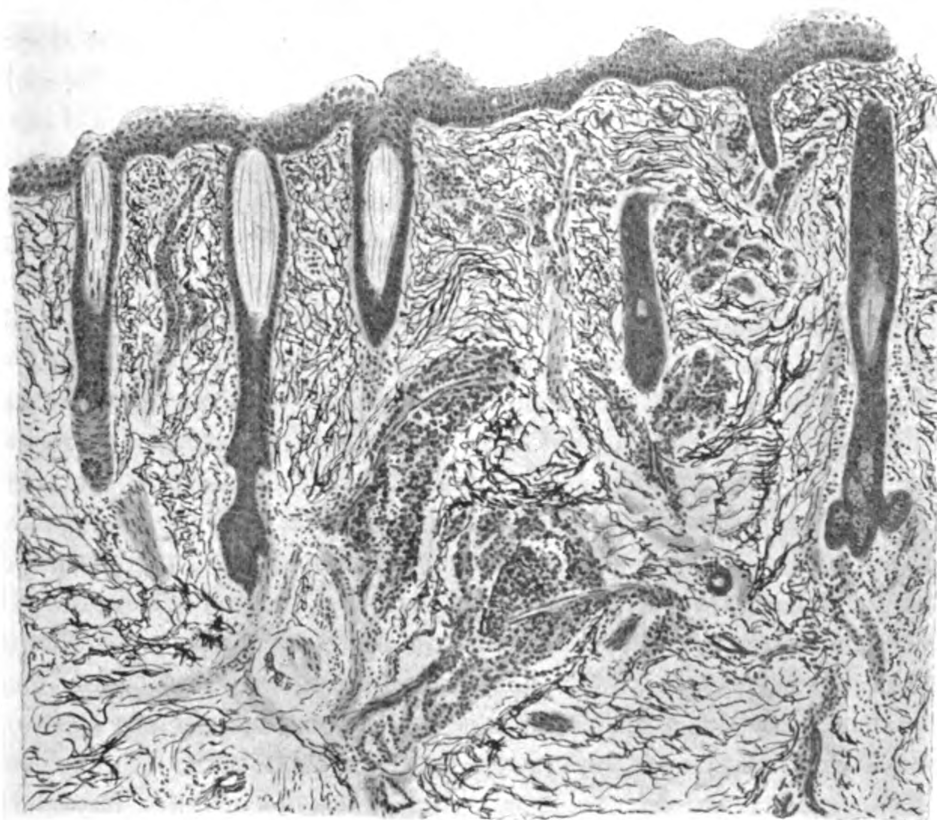


Fig. 2.

scheinen die Totengräber auf dem Felde, um die letzten Elastintrümmer in sich aufzunehmen. Die Vernichtungskraft des tuberkulösen Granulationsgewebes ist dem Elastin gegenüber viel gröſer als die des syphilitischen Granuloms. Es mag eine gewagte Hypothese sein, wenn ich hierauf mit zurückführe das Erhaltenbleiben des Gefäſselastins bei den syphilitischen Wucherungen.) Auch bei diesem Initialherd des Lupus erythematodes — und damit schlieſse ich das histologische Detail — setzt sich die perivaskuläre Infiltration aus den kleinen harten Zellen zusammen, an welchen ich von den typischen Unnaschen Plasmazellen nichts mehr erkennen kann.

Indem ich noch einmal auf die JADASSOHNschen Bearbeitungen der Tuberkulose der Haut und des Lupus erythematodes in MRAČEKS *Handbuch der Hautkrankheiten* verweise, entbinde ich mich von der Aufgabe, aus der Literatur hier zu zitieren. Die Zahl der Arbeiten, welche sich für oder gegen einen Zusammenhang des Lupus erythematodes mit der Tuberkulose engagieren, ist Legion. In JADASSOHNS Werken findet sich die überaus scharfe Beleuchtung der Häufigkeit und der Wertigkeit der neben dem Lupus erythematodes des Gesichts beschriebenen tuberkulösen Lymphadenitiden in der Gegend des Halses, finden sich speziell hier interessierende Beobachtungen von HARDAWAY und von JACKSON zitiert über Schwinden eines vermeintlichen Lupus erythematodes nach Exstirpation der tuberkulösen Halsdrüsen; „später, nach sechs bis acht Monaten, entstand dann ein Lupus vulgaris". JADASSOHN gibt seine Zweifel an diesem Fall noch an einer späteren Stelle zu erkennen. Die Literatur der seit JADASSOHNS Bearbeitungen verflossenen Jahre hat einen wesentlichen Fortschritt in der Frage des Zusammenhanges des Lupus erythematodes mit der Tuberkulose, wenn ich recht unterrichtet bin, nicht zu verzeichnen.

Für meine Beobachtung rekapituliere ich noch einmal. Von Geburt an schwächlicher, tuberkulös stark belasteter, skrophulöser Knabe. Um das zehnte Jahr herum langsame Entwicklung tuberkulöser Halsdrüsen. Auf der rechten Seite entsteht ein zur Operation drängendes verkästes Lymphom. In der zweiten Hälfte des zehnten Lebensjahres die (schnell voranschreitende) Entwicklung des ausgebreiteten Lupus erythematodes discoides im Gesicht und an den Ohren. Exstirpation des grofsen rechtsseitigen Lymphoms und eines kleinen Lupus erythematodes-Herdes. Histologisch und tierexperimentell wird für das Lymphom eine KOCHsche Tuberkulose festgestellt. Für den Lupus erythematodes wird das so wenig charakteristische histologische (von echter Tuberkulose nichts aufweisende) Bild des Lupus erythematodes beobachtet. Ein Tierexperiment verläuft negativ. In der Folgezeit ein kurzes fieberhaftes Erysipel. — Eine schnelle und auffällige Erholung des Knaben. Ein völliges spontanes Schwinden des Lupus erythematodes. (Es mufs hier hervorgehoben werden, dafs die bei der Operation schon festgestellten linksseitigen Drüsen wegen ihrer Kleinheit zurückgelassen waren.) — Seit der Operation aber energische antiskrophulöse Behandlung. (Jod und Lebertran intern, Solbäder, Landaufenthalt.) — 1½ jähriges Lupus erythematodes-freies Interspatium. Auf der linken Seite des Halses entwickeln sich schnell massige tuberkulöse Lymphdrüsenstränge; zugleich ein Wiederauftreten des Lupus erythematodes im Gesicht in einer an Zahl der Herde weit umfänglicheren Art. Versuch einer Totalexstirpation der linksseitigen Lymphome mifslingt. Die histologische Untersuchung dieser ergibt wieder die verkäsende Tuber-

kulose, die Untersuchung eines bei der Operation mitgenommenen Initialherdes als wesentlichen Befund die deutliche Schuppenbildung und eine Peri- und Endophlebitis obliterans. — Nach der Operation schnelle Entwicklung der zu unheimlichen Paketen auf beiden Halsseiten heranwachsenden Lymphome und des Lupus erythematodes. Letzterer vorübergehend durch eine Ätzbehandlung gebessert. Der Patient stirbt an einer Drüsentuberkulose mit schwerem Verfall der Kräfte in seinem 14. Lebensjahre.

Beweist dieser Fall den Zusammenhang des Lupus erythematodes mit der Tuberkulose? Im exakten Sinne gewiſs nicht. Und im wahrscheinlichen Sinne? Daſs der Lupus erythematodes und die Lymphdrüsentuberkulose parallel nebeneinander auf dem geschwächten Boden sich erheben und schwinden und wiederkehren, ist möglich. Daſs der Lupus erythematodes in einem völligen Abhängigkeitsverhältnis zu der Drüsentuberkulose sich befand, ist ein leicht auftauchender Gedanke, der aber sofort die Entgegnung hören muſs, daſs nach der ersten Operation auf der linken Seite sicherlich tuberkulöse Drüsen sich noch vorfanden und eine völlige Ausschaltung tuberkulös erkrankten Gewebes nicht statt hatte. Wenn der Lupus erythematodes durch das in den Drüsen gelieferte Toxin entstand, so darf ein vorübergehendes Versiegen der Toxinquelle supponiert werden, nachdem mit der ersten Operation der wesentliche Herd der Tuberkelbazillen ausgeschaltet war. Aber hiermit kommen wir zu sehr ins Gebiet der Hypothese.

So wie der Fall liegt, und wie er mich vier Jahre beschäftigt hat, drängt sich mir ein Zusammenhang zwischen dem Lupus erythematodes und den tuberkulösen Drüsen auf, und um so lebhafter, je mehr mit wachsender histologischer Erfahrung mir klar wird, bei wie wenigen Dermatosen die feinen klinischen Differentialdiagnosen bereits ein mikroskopisches Äquivalent besitzen. Als Kliniker zieht es mich zu einer einheitlichen Betrachtung der an meinem Kranken sich findenden Symptome. Und von diesem Standpunkt aus bringt auch die Literatur über den echten chronischen Lupus erythematodes mehr positives als negatives für einen Zusammenhang mit der Tuberkulose. Die groſse Hypothese der Tuberkulide begegnet meines Erachtens in der Literatur einem Skeptizismus bei einigen Dermatologen, wie er mutandis mutalis in der inneren Klinik nicht denkbar ist, welche eine Kombination der an den einzelnen Organen sich findenden Veränderungen voraussetzt. Eine solche Kombination hat einzig und allein dem Lupus erythematosus disseminatus bezw. der Folliklis die Einreihung in die Klasse der bestbeglaubigten Tuberkulide gegeben. Die scharfsinnigen Argumente, mit welchen Jadassohn auch für die Folliklis, deren Zusammenhang mit der Tuberkulose ihm unabweisbar ist, seine Annahme einer bazillären abgeschwächten, auf dem Blutwege sich

verbreitenden Tuberkulose stützt, befriedigen nur, wenn die Voraussetzung erfüllt ist, dafs die Folliklis regelmäfsig vorkommt bei Patienten „mit chronischer, speziell mit Drüsen-, Knochen- und Hauttuberkulose". „Die Neigung zu Disseminierung, zu symmetrischer Ausbreitung, zum Auftreten in Schüben" beweist nur die hämatogene Verbreitung eines Giftes. Die in ihrer Bedeutung so schwer zu verstehende „Phlebitis nodularis necroticans" L. PHILIPPSONS beweist ja für eine tuberkulöse Ätiologie nichts, und JADASSOHNS weitere Beweisführung geht ja auch nur darauf hinaus, die bei der Folliklis gefundenen, von eigentlicher Tuberkulose nichts ergebenden Gewebsveränderungen mitsamt den so wichtigen PHILIPPSONS Befunden der Tuberkulose mit unterzuordnen, wie sie bei klinischem steten Nebeneinander neben einer anderen chronischen bazillären Infektion dieser untergeordnet worden wären. Es ist eine Sache des Geschmackes, wie weit man den Indizienbeweis für die tuberkulöse Natur der Folliklis vom bakteriologischen und vom anatomischen Standpunkt auch nur einigermafsen als gelungen bezeichnen will. Den rein klinischen Standpunkt sehe ich natürlich als genügend gestützt an.

Für seine wiederholt zitierte Annahme der hämatogenen Verbreitung des abgeschwächten Bazillen findet JADASSOHN beim chronischen Lupus erythematodes keinerlei Anhaltspunkte. „Weder ist die Lokalisation wirklich übereinstimmend, noch tritt der Lupus erythematodes plötzlich auf, noch hat er die Eigenschaft des in loco Aussterbens; endlich ist, wie ich oben schon auseinandergesetzt habe, bei den Tuberkuliden der tuberkuloide Bau öfter, beim Lupus erythematodes meines Erachtens bisher nie erwiesen worden."

Ohne weiteres vermag ich nicht einzusehen, warum eine hämatogen sich verbreitende Tuberkulose (in den Lungen oder in anderen inneren Organen macht man bei einer hämatogenen Ausbreitung der Tuberkelbazillen ja auch andere Erfahrungen) an der Haut stets die gleichen Formen aufweisen mufs. Wenn die übrigens schon wiederholt beschriebenen Endothelwucherungen beim Lupus erythematodes im Beginn der Erkrankung eine Rolle spielen, wenn das Bild der Endophlebitis obliterans für den initialen Lupus erythematodes chronicus eine Bedeutung besitzt — meine einzige Beobachtung mufs mir naturgemäfs eine grofse Reserve auferlegen —, so dürfte eine Schwierigkeit mehr aus dem Wege geräumt und die Distanz verringert sein, in welcher der Lupus erythematodes chronicus sich zu den als solchen fast allgemein anerkannten Tuberkuliden befindet. Die Phlebitis nodularis necroticans und die Endophlebitis obliterans dürften als eine Äufserung der irgendwie geschädigten Bazillen vom Blutstrom aus auf gleicher Stufe rangieren, falls man die für mich noch sehr diskutable Toxintheorie gänzlich ablehnen will.

---

# Versammlungen.

## Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Mai 1909.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. E. Lesser: Nachruf an Renvers.

2. Schlenzka demonstriert den Gebrauch des **Goldschmidtschen Spülurethroskops** für die vordere Harnröhre.

3. Halle demonstriert einen Fall von **Lichen planus der Mundschleimhaut**, bei dem erst später eine Eruption auf der äufseren Haut aufgetreten ist.

Diskussion: Lipman-Wulf berichtet über einen ähnlichen Fall; in diesem fiel dem Patienten auf, dafs seine Lippen weifs wurden. Beschwerden hatte er von der ausgebreiteten und hartnäckigen Eruption nicht. Ähnliche Beobachtungen berichtet Saalfeld. E. Lesser weist auf die schwere Heilbarkeit hin, die dem Lichen planus der Mundschleimhaut oft eigen ist. Halle spricht über die Entstehung im Anschlufs an seelische Erregungen.

4. Halle demonstriert einen zehnjährigen Knaben mit **Adenoma sebaceum faciei.**

5. Holländer demonstriert einen Fall von **Baunscheidtismus.**

6. Heller demonstriert einen jungen Mann mit vernarbter Affektion des Gesichts, welche er als Dermatitis nodularis necrotica (**Acnitis**) auffafst. Er hat drei solche Fälle gesehen und bei allen drei Tuberkulose in der Familie nachweisen können. Im vorliegenden Fall ist Pirquet +, die Lunge suspekt. Die Abheilung ist durch Röntgenbestrahlung erfolgt.

Diskussion: Saalfeld empfiehlt zur Aufhellung und Besserung der dunkelbraunen Narben 20% Wasserstoffsuperoxydsalbe, eventuell Fibrolysininjektionen. Heller glaubt, dafs die Narben, die mehr hyperaemisch als pigmentiert sind, mit der Zeit von selbst blafs werden. Baum hält den Fall, ohne histologischen Beweis, nicht für das genannte Tuberkulid, sondern für eine schlaffe Akne.

7. Juliusberg spricht unter Demonstration eines Falles über **multiple Keloide.**

8. Heller demonstriert **Doppelbildungen am Penis**, a) eine doppelte Glans am menschlichen Penis. Die eigentliche Öffnung liegt links. Vom Menschen sind 22 hierhergehörige Fälle bekannt; b) ausgedehntere Diphallusbildung beim Kalb.

---

## Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. Pollitzer-Wien.

Sitzung vom 24. Februar 1909.

Finger stellt einen 34jährigen kräftigen Fleischhauer vor mit einer seit 16 Wochen bestehenden Affektion an den Vorderarmen und Unterschenkeln, die er dem ganzen Verlaufe nach am ehesten mit dem von A. Little zusammenfassend beschriebenen **Granuloma annulare** identifizieren möchte. Dieselbe begann mit kleinen, erbsengrofsen, hellen, flachen, knötchenförmigen Infiltraten, die im Zentrum unter flach atrophischer Narbenbildung abheilen, an der Peripherie mit neuen Knötchen weiterschreiten, so dafs gulden- bis handtellergrofse, ringförmige Herde zustande kommen,

die sich aus blaſsbräunlichroten, flachen Infiltraten zusammensetzen. Histologisch bieten diese das Bild kleiner Granulome um die kleinen Papillargefäſse. Das atrophische Zentrum erinnert sehr an Lupus erythematosus.

Fasal demonstriert:

1. ein **Epitheliom** am rechten groſsen Labium, bei einer 42 jährigen Frau seit drei Monaten bestehend; es stellt ein derbes, eleviertes Infiltrat mit aufgeworfenen Rändern dar, das an einer Stelle erodiert ist. Die histologische Untersuchung bestätigt die Diagnose.

2. eine 32jährige Frau mit zahlreichen erbsengroſsen, flachen, dunkelbraun pigmentierten Narben an der Stirn und Glabella; an einer Stelle zeigt eine Effloreszenz noch kleine Borken. Die Differentialdiagnose schwankt zwischen einer **Acne varioliformis atypica** und einer Hydroa vacciniformis.

Diskussion: Finger glaubt letztere auch nach den jetzt mehr sichtbaren Veränderungen ausschlieſsen zu können, da sie ja meist nur an den freien Ohrrändern lokalisiert ist.

3. einen **Lichen ruber planus** mit besonderer Lokalisation streifenförmiger Formen in der Inguinalgegend, entsprechend zahlreichen Striae.

4. einen **Lichen ruber planus**, leicht verrukös an den unteren Extremitäten, streifenförmig entlang von Varixknoten.

Sachs zeigt ein 16 jähriges anämisches Mädchen mit einem **Erythema induratum Bazin**.

Nobl stellt vor:

1. eine eigenartige Alopecie bei einem vierjährigen Mädchen. Die behaarte Kopfhaut war bei der Geburt normal, dann fielen die blonden Haare allmählich aus und führten zu der bestehenden Alopecie, die in Form einer unscharf begrenzten atrophischen Narbe am Scheitel gegen die Peripherie irradiiert und zum Teil an Favus erinnert. Doch ist die Haut gut verschieblich und anamnestisch ist sicher keine Erkrankung vorausgegangen; auch während einer sechsmonatlichen Beobachtung war kein Fortschreiten der Alopecie zu sehen. Man muſs wohl doch eine **kongenitale Alopecie, und zwar eine diffuse,** annehmen, keine circumskripte, wie sie öfter als naeviforme, als Hemmungsmiſsbildung an den Fontanellen oder traumatisch in der Parietalgegend vorkommt; andererseits kommen solche Formen ohne jede entzündliche Veränderung bei Erwachsenen als Pseudopelade Brocq vor.

2. ein **serpiginöses Syphilid**, ähnlich einem Lupus erythematosus, mit aus kleinen, flachen Papelchen konfluiertem Randinfiltrat, fettigen Schüppchen und zentraler Atrophie.

3. eine im Abheilen begriffene **Acne varioliformis** mit zahlreichen kleinen, flachen Narben neben vielen Milien.

Grünfeld demonstriert einen 22 jährigen Mann, der seit $2^1/_2$ Monaten an der Glans balanitische Reizungen, vor zwei Wochen bis auf einzelne kleine Inseln eine vollständige Desepithelialisierung derselben zeigte. Jetzt sieht man, am Rande beginnend, grauweiſs verfärbtes Epithel an der Glans und am Präputium und über demselben sich beetartig erhebend dunkelrote und leicht blutende Granulationen. Keine Drüsenschwellung. Spirochäten und die von Scherber beschriebenen Vibriobazillen wurden nicht gefunden. Es liegt also eine **Balanitis necrotisans** vor.

Krämer zeigt ein dreimonatliches Kind mit einer von der Amme **akquirierten Lues**, Papeln an den Lippen und der Zunge und einer sonst nur bei hereditärer Lues vorkommenden Osteomyelitis am Metacarpus III des linken Fuſses.

Winkler berichtet über Versuche, der Haut **elektrolytisch Tuberkulin** zuzuführen. Er verwendet hierzu Trockentuberkulin in einer Konzentration 0,1 : 1000 am

positiven Pol; es entstehen bei tuberkulösen Kranken ähnlich wie beim Einreiben der Tuberkulinsalbe nach Morro Gruppen von lichenoiden Knötchen, während die Kathode reaktionslos bleibt. Es wäre dies eine bequeme **elektrolytische Cutanreaktion**.

Oppenheim demonstriert:

1. einen Patienten mit einem **hyperkeratotischen Naevus** in Form eigenartiger, streifenförmiger Schwielenbildungen in beiden Hohlhänden, auf die Finger greifend und vielfach durch Risse gespalten. Die Affektion ist angeboren, hängt nicht mit der Beschäftigung des leicht ichthyotischen Mannes zusammen, gleicht auch nicht dem Keratoma hereditarium, das immer auch die Füſse ergreift.

2. ein **Syphilisrezidiv** an der Stirn in Gestalt kleiner, kreisförmiger Herde um ein blaſsbraun pigmentiertes Zentrum, in dessen Mitte eine eingezogene Narbe nach einem Gumma zu sehen ist.

Weidenfeld stellt vor:

1. einen **Lupus erythematosus**, an der Nase durch Paquelinisierung in Form mehrerer Narben abgeheilt, aber mit frischen sukkulenten Herden an beiden Ohren und am Processus mastoideus. In der behaarten Kopfhaut zahlreiche atrophische Stellen. Eine bestandene Lymphadenitis colli ist durch eine Jodkur in Bad Hall zurückgegangen.

2. eine **Acne vulgaris conglobata** mit dicht angeordneten Knötchen und Knoten im Gesicht und am Halse, besonders aber am Rücken, wo dieselben zu kreisförmigen, braunvioletten, weichen Geschwülsten wie beim Scrophuloderma gehäuft sind.

Ehrmann zeigt:

1. ein **Keratoma hereditarium palmare et plantare** bei einem 16jährigen Burschen aus Mähren. Die Eltern und eine Schwester sind gesund, ein siebenjähriger Bruder hat dieselbe Affektion.

2. ein **Ekzema hyperkeratoticum**, nur an der Beugeseite der Hände und Finger in Form einzelner Flecke, nicht diffus, von mehr dunkler Farbe und auf das Dorsum nicht übergreifend. Fuſssohlen sind frei.

3. eine Patientin, die an der rechten Wange drei braune, kleine, weiche Knötchen inmitten einer flachen Narbe, auch retromaxillär eine Narbe zeigt, so daſs man ein akneiformes Tuberkulid annehmen möchte; aber an der Nase besteht eine flache, diffus leicht schuppende Rötung wie beim Lupus erythematosus. Die histologische Untersuchung eines Knötchens an der Wange ergab ein typisches, subepitheliales Granulom, eine beginnende flache Form des Lupus vulgaris. Diese immer flach bleibenden, oft spontan ausheilenden Knötchen führen oft zur Verwechslung mit dem Lupus erythematosus und stellen vielleicht eine Mittelstufe zwischen dem Lupus vulgaris und erythematosus, vielleicht eine eigene Form dar, die ich in einer Arbeit mit Reines als **Lupus tuberculoides** bezeichnet habe.

Königstein stellt eine seit acht bis neun Jahren bestehende Erkrankung vor. An der Kopfhaut links ein ovaler, guldengroſser, lebhaft rotbrauner Herd mit dünner, atrophischer Haut; darunter ein hellergroſser, ähnlicher Fleck mit deutlich tastbarem Infiltrat. Das rechte untere Augenlid von einem walnuſsgroſsen Tumor mit ähnlich infiltrierter Hautdecke eingenommen. Die histologische Untersuchung ergab ein dem **Lupus erythematosus** ähnliches Bild, während die tumorartige Affektion einen chronisch entzündlichen Prozeſs mit epitheloiden und Riesenzellen um die Follikel und Talgdrüsen zeigte; auf $^{1}/_{10}$ mg Tuberkulin deutliche allgemeine und lokale Reaktion; die Impfung auf Meerschweinchen bisher negativ. Es dürfte sich um das von Kreibich beschriebene Bild der **Sarkoide Boecks** handeln, wogegen nur die Veränderung am kollagenen Gewebe spricht.

Schopper stellt einen 26jährigen Mann vor, der $2^1/_2$ Monate nach dem Coitus eine Pustel bekam, aus der sich eine flache, braune, tumorartige Infiltration entwickelte; keine lokale Drüsenschwellung, kein Exanthem, Untersuchung auf Spirochäten und Wassermann negativ. Heilung unter Borsalbe. Die zur histologischen Untersuchung vorher gemachte Exzision ergab in der Tiefe einen Fremdkörper in Form einer Graminee, umgeben von einem **Fremdkörpergranulom.**

Mucha demonstriert:

1. eine **extragenitale Sklerose** unterhalb des Nabels mit ausgebreitetem papulo-pustulösem Syphilid.

2. ein **exulceriertes Gumma der Fufssohle**, 30 Jahre nach der Infektion in Form eines hellergrofsen, kraterförmigen Geschwürs, von mehreren gummösen Knoten umgeben.

Ullmann zeigt zwei Fälle von **Lupus erythematosus:**

1. einen 28jährigen Mann, der vor $2^1/_2$ Jahren Herde an beiden Wangen und Lymphome am Halse bis zu den Axillen hatte. Mit Spänglerscher Tuberkulinbehandlung lokale und allgemeine Reaktion und sehr gute therapeutische Beeinflussung.

2. eine Frau, die bei bestehender Lungenaffektion 1898 einen über Gesicht und Kopfhaut ausgebreiteten Lupus erythematosus discoides hatte. Nach einem langen Landaufenthalt Rückgang des Lungenprozesses und Ausheilung des **Lupus erythematosus** in eine feste Form von **narbiger Atrophie.**

Ullmann hält sodann einen Vortrag über die **Beziehung des Lupus erythematodes zum Lupus vulgaris und zur Tuberkulose.** Er weist auf die schriftliche Diskussion in den *Annales* hin, in der sich 15 Autoren für einen Zusammenhang mit der Tuberkulose, 20 dagegen ausgesprochen haben. Er selbst verfügt diesbezüglich über 42 Fälle, von denen 14 mit anderen Formen der Hauttuberkulose kombiniert waren, 28 reine Beobachtungen von Lupus erythematosus discoides sind. Von diesen bestanden bei 6 sichere Lungentuberkulose, bei 3 Lungen- und Drüsenaffektionen, bei 2 nur Lymphome, bei 1 tuberkulöse Knochenveränderungen, bei 5 durch die Anamnese wahrscheinliche Tuberkulose, bei 10 Fällen konnte klinisch und anamnestisch Tuberkulose nicht nachgewiesen werden, doch zeigten sie positive Tuberkulinreaktion, bei 2 war auch die Cutanreaktion positiv; mit Einbeziehung aller dieser Beweismomente sind für Tuberkulose 80% positiv, gegenüber einer früheren Statistik von Boeck von 65—70%; dabei könnte man bei negativen Fällen an eine Ausheilung des primären Tuberkelherdes denken.

Kann man aus den histologischen Veränderungen des Lupus erythematodes auf einen Zusammenhang mit der Tuberkulose schliefsen? Jadassohn hat ihn wegen der total verschiedenen Struktur und des negativen Bazillenbefundes ausgeschlossen. Demgegenüber sei hinzuweisen, dafs man auch den Lupus vulgaris und die Tuberkulide trotz anfänglicher Trennungsversuche jetzt bestimmt zur Tuberkulose rechne. Auch haben Lang, Ehrmann, Kyrle u. a. sichere Misch- und Übergangsformen beschrieben. Es sind auch pathologische und experimentelle Beobachtungen über ähnliche Veränderungen durch Bazillentrümmer und Kulturfiltrate bekannt; welch kleiner Schritt ist dann noch zur Möglichkeit, dafs die entzündliche Atrophie durch die Tuberkeltoxine erzeugt wird? Auch der Versuch Kreibichs, disseminierte Formen von Lupus erythematodes nach chronischen Pneumonien durch Dissemination des Influenzavirus zu erklären, ist vielleicht eher als Aussaat von Tuberkelvirus durch den Influenzaprozefs aufzufassen.

Solange nicht durch sichere Fälle (Sektion, negative Reaktion bei Tuberkulin) das Fehlen der Tuberkulose erwiesen ist, mufs dieser Standpunkt aufrecht erhalten werden.

Diskussion: WEIDENFELD: Das Zusammenfallen von Lupus erythematodes mit Tuberkulose war schon HEBRA bekannt und wurde auch von KAPOSI und NEUMANN wiederholt diskutiert; aber sichere negative Befunde haben immer wieder einen strikten Zusammenhang ausschliefsen lassen.

BRANDWEINER möchte warnen, die PIRQUETsche Reaktion bei diesen Fällen als beweisend anzusehen, da sie bei Erwachsenen fast in 80% positiv ausfällt.

EHRMANN weist darauf hin, dafs er selbst oft, besonders aus Anlafs des von ihm 1901 vorgestellten Falles, auf diesen Zusammenhang hingewiesen; auch MÖLLER und RÓNA beschrieben ähnliche Fälle, letzterer mit dem Befunde von Tuberkelbazillen in den Lymphdrüsen. Die Frage, ob es Fälle von abortiver Hauttuberkulose sind, die sich nicht weiter entwickeln, oder Toxituberkulide, die noch weiterführen können, ist nicht entschieden.

FINGER: Schon die von HEBRA und KAPOSI zusammengestellten Fälle von Lupus erythematosus waren nicht einheitlich; und später wurden immer mehr Formen in dieses enge Gebiet eingereiht. Und so wurde dann ein Zusammenhang mit der Tuberkulose aufgestellt, statt Fälle von disseminierten Erkrankungen vom eigentlichen Lupus erythematodes abzugrenzen. Denn während jene sich oft neben Lymphomen und Hauttuberkuliden finden, gibt es typische Formen von flügelförmigem Lupus erythematodes bei vollständig gesunden, auch nicht anämischen, kräftigen Leuten. Es ist daher nötig, dieses eigentliche Bild der typischen Fälle abzugrenzen und die anderen Formen zu den Tuberkuliden einzureihen.

Sitzung vom 10. März 1909.

FASAL demonstriert:

1. eine 43jährige Frau mit nässenden **Papeln** auf geröteter Haut hinter dem rechten Ohre, ähnlich einem nässenden Ekzem, durch das sie wahrscheinlich provoziert sind.

2. **Röntgenveränderungen** in Form einer ausgebreiteten, weifsglänzenden atrophischen Narbe, die von zahlreichen Gefäfsektasien durchzogen sich von den Wangen und dem Kinn über den Hals und die Brust bis unter den Nabel erstreckt. Die Frau wurde 1902 wegen Hypertrichosis bestrahlt; ein Jahr später Auftreten der bestehenden Veränderungen. 1905 wurden zwei Flecken versuchsweise mit Chloräthylvereisung behandelt, die nunmehr glatt weifsglänzend sind.

Diskussion: ULLMANN glaubt, dafs bei solchen Veränderungen nicht die verwendete, absolute Dosis allein, sondern auch die Widerstandskraft der betreffenden Haut in Betracht kommt.

RIEHL: Eine individuelle Empfindlichkeit ist sicher vorhanden, ebenso die Überempfindlichkeit einer kranken gegenüber gesunder Haut. Doch sind viele Schäden früherer Zeit auf die Anwendung der Röntgenstrahlen ohne strenge Auswahl zurückzuführen. Jetzt ist die Technik vervollkommnet und die Indikationsstellung zur Therapie eine präzisere. Es ist auch nötig, dafs sich mit der Radiotherapie nur Ärzte beschäftigen, die grofse Übung und Sachkenntnis haben und eine richtige Beurteilung der Veränderungen des einzelnen Falles voraussetzen lassen, d. h. dafs der richtige Röntgenologe auch Dermatolog sein soll. Gegen die verunstaltenden Teleangiektasien wurde verschiedenes versucht. Röntgen- und Blaulicht wirken schädlich, auch Radium nicht erfolgreich. Vor Skarifikation und Injektion blutkoagulierender Substanzen ist zu warnen. Am besten bewährte sich die Vereisung mit Chloräthyl, durch einige Sekunden bis zu einer Minute angewendet; sie erzielt nicht nur momentane Abblassung, sondern dauernde Besserung.

NOBL verweist bezüglich der Therapie auf die von ihm erzielten günstigen Er-

folge mit Kohlensäureschnee, der bei einer Applikation durch 15 Minuten eine Temperatur von — 60° C. und Blasenabhebung erzeugt.

Jungmann möchte die Grenzen der Radiotherapie nicht zu enge ziehen; doch kommen außer der individuellen Idiosynkrasie auch die Differenzen bei verschiedenen Lokalisationen und Erkrankungen in Betracht, was man aber nach bestimmten Erfahrungen beurteilen kann.

Lipschütz stellt vor:

1. einen **Lichen scrophulosorum,** typisch am Stamm, besonders dem Rücken, aber auch hinaufreichend auf Hals, Gesicht und den behaarten Kopf; diese Lokalisation wurde schon von Leiner beschrieben. Im unteren Anteil des Abdomen, auf die Leistenbeuge und Schenkeldreieck übergreifend, sind auch größere, rotbraune Knötchen, die bei der histologischen Untersuchung keine Beziehung zum follikulären Apparat zeigen, aber den deutlichen Bau von Riesenzellentuberkeln, also ein **Tuberkulid** darstellen. Auf 0,3 mg A-Tuberkulin nur deutliche Lokalreaktion.

2. einen 32jährigen Mann mit einer **Pityriasis lichenoides chronica,** seit 1½ Jahren ohne Veränderung bestehend. Zum Teil einer Lues ähnlich, zeichnet sich das Exanthem durch seine Polymorphie aus, besteht aus zahlreich disseminierten rötlichen, im Zentrum mit zarten Schuppen bedeckten Effloreszenzen und aus braunroten, glänzenden, papulösen Knötchen.

Nobl zeigt ein zehnjähriges Mädchen mit **Herpes tonsurans circinatus** mit großen, kreisförmigen Herden am Vorderarm und Halse. Von den in der Gesellschaft der Ärzte demonstrierten Fällen von Trichophytie der behaarten Kopfhaut sollen demnächst Kulturen gezeigt werden, die nicht ganz den von Plaut jüngst in Berlin beobachteten Typus aufweisen.

Grünfeld demonstriert einen **Lichen ruber planus,** seit einer Woche an der Glans, am Präputium und der Skrotalhaut bestehend. Körper sonst frei.

Kren zeigt ein neunjähriges Mädchen mit einer frischen **Sklerodermia circumscripta,** die im November 1908 mit Rötung und Schwellung auftrat, jetzt die Form eines 2 cm breiten, über 20 cm langen Streifens mit elevierter, silberweiß glänzender Haut hat; über der Tibia ein ganz frischer, guldengroßer, ovaler Herd.

Oppenheim hat einen ähnlichen Fall. Bei einem 27jährigen Mann seit drei Monaten bestehend, über dem Warzenfortsatz links ein längsovaler, ziemlich scharf begrenzter Herd mit weißglänzender Haut und schmalem, rotem Rand; innerhalb des Herdes einige kleine, braunpigmentierte Punkte. Die Konsistenz, wenn auch nicht sehr derb, so doch deutlich härter als die der Umgebung.

Neugebauer demonstriert:

1. eine stark ausgebildete **Psoriasis vulgaris** der Handteller und Finger, ähnlich einem hyperkeratotischen, schwieligen Ekzem.

2. einen **Herpes zoster brachialis sinister** mit einzelnen gruppierten, leicht hämorrhagischen Bläschen in der Hohlhand.

Riehl stellt vor:

1. einen **Lichen ruber accuminatus** in Form einer akuten, seit einigen Wochen bestehenden Eruption. Derselbe ist diffus ausgebreitet und erinnert durch die starke Schuppenauflagerung an Ichthyosis, durch die lebhaft rote Basis an Psoriasis. Aber an den Streckseiten der Extremitäten sind die einzelnen typischen Knötchen deutlich sichtbar; doch ist die Ausbreitung im allgemeinen an den Beugeseiten, besonders die Flachhände sind stark befallen. Die Schleimhäute sind frei, nur am Lippenrot sind einzelne Knötchen sichtbar.

Diskussion: Ullmann möchte fragen, wie sich nunmehr auf Grund der Statistik das Verhältnis des Lichen ruber planus zum Lichen ruber accuminatus stelle und wie

es sich mit den Veränderungen an den Schleimhäuten bei letzterem verhalte. Bei Durchsicht der französischen Literatur der Pityriasis rubra pilaris, besonders der Fälle von HALLOPEAU, finden sich keine Schleimhautveränderungen erwähnt; dies sowie die verschiedene Lokalisation und verschiedene Reaktion auf Arsen sprechen eher für eine Trennung dieses Krankheitsbildes vom Lichen ruber accuminatus.

KÖNIGSTEIN berichtet über einen Fall von Lichen ruber accuminatus auf der Abteilung Prof. EHRMANNS, der Schleimhautveränderungen im Kehlkopfe zeigte.

RIEHL: Die Fälle von Lichen ruber accuminatus sind gewifs seltener, als sie veröffentlicht werden; er selbst verfügt nur über drei. HEBRA hat von einer Schleimhauterkrankung dabei nichts gewufst und deshalb auch nichts berichtet. Aus den Beobachtungen von HEBRA und KAPOSI ist es sicher, dafs Lichen ruber planus und accuminatus bei denselben Personen vorkommen können, dafs beide Prozesse die gleiche Ursache haben und nur verschiedene Formen einer Krankheit sind. Die Veränderungen an der Schleimhaut sind auch beim Lichen ruber planus nicht sehr häufig und in kombinierten Fällen nicht bestimmt abzugrenzen. Es möge nur an einen Fall erinnert sein, der Lichen planus und accuminatus und Veränderungen an der Schleimhaut hatte, denen man aber nicht gerade eine bestimmte Zugehörigkeit zusprechen konnte, so dafs die Beteiligung der Schleimhaut kein Motiv zu einer strengen Sonderung geben kann. Ich erinnere mich auch an einen Fall, der zuerst ein Lichen planus war, nach Arsenbehandlung eine Eruption mit Blasenbildung und dann erst eine deutliche Accuminatusform bekam. Die Verwertung der Literatur ist schwer, weil die Fälle ganz unzuverlässig sind. Wenn ein Autor in Hamburg in zwei Monaten 14 Patienten mit Lichen ruber accuminatus heilt, so spricht eine solche Angabe entschieden gegen eine richtige Diagnose. Wenn man eine solche Methode dann bei einem Lichen ruber accuminatus versucht, hat man natürlich keinen Erfolg, wohl aber bei einem Ekzema papulatum.[1]

2. Bericht über eine akute **Dermatitis** mit entzündlicher Rötung und Blasenbildung an der Penishaut, so dafs das nässende Corium blofs lag und das Bild einer Verätzung darbot, hervorgerufen durch **Primula obconica.** Erytheme und Blasen waren auch an den Extremitäten.

3. Als Pendant zu der neulich demonstrierten Frau mit Pigmentationen, Teleangiektasien und atrophischen Flecken am Halse und der Schulter, die Veranlassung zu einem Vergleiche mit gewöhnlichen Naevi, der Neurofibromatosis RECKLINGHAUSEN und dem Xeroderma gaben, eine Patientin, die scharf halbseitig abgegrenzt an Hals, Schulter und rechtem Oberarm zahlreiche erbsen- bis hellergrofse, dunkelbraun pigmentierte Flecken zeigt, also das Bild eines **Naevus pigmentosus,** im histologischen Präparat aber nur Pigment, keine Naevuszellen aufweist.

REITMANN demonstriert einen 14jährigen Knaben mit **Ichthyosis** und Herden von circumskriptem **Ekzem** auf der ichthyotischen Haut, die alle eine starke, trockene, weifse Schuppung zeigen; an der linken Fufssohle über der Ferse scharfbegrenzte, mächtige, hyperkeratotische Massen ohne jede entzündliche Infiltration, so dafs man jede Form der verrukösen Tuberkulose ausschliefsen kann.

---

[1] Anmerkung der Redaktion. Es ist nie ratsam, über Dinge zu urteilen, die man nicht selbst gesehen hat. Die Lichenepidemie in Hamburg 1882—1883 steht in ihrer Art einzig da und ist auch in Hamburg nicht wieder beobachtet worden. Übrigens sind die Krankengeschichten grofsenteils ausführlich publiziert, die Kranken sind zum Teil noch jahrelang mit Rückfällen in Beobachtung gewesen und die Diagnose auch in einigen Fällen von einer Wiener Autorität persönlich untersucht und bestätigt: HANS VON HEBRA. UNNA senior.

WINKLER zeigt **Kurven des Blutdruckes in den peripheren Blutgefäſsen** (am Kaninchenohr) nach Reizung des Nervus depressor, nach Einspritzen von Suprarenin und nach starken, toxischen Dosen von Chinin und Pyramidon; die letzteren haben auch dermatologisches Interesse, da sie die Pathogenese der toxisch-medikamentösen Exantheme aufklären können.

---

## Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12./25. April 1909

Verkürzter Bericht nach Autoreferaten von ARTHUR JORDAN.

1. PAWLOW (Gast) zeigte die Moulage von einer seltenen syphilitischen Affektion der Haut der Fuſssohle und dazugehörige, nach LEVADITI gefärbte Präparate mit Spirochaeta pallida.

Diskussion: FOKIN fragt nach der Benennung der Affektion. PAWLOW erwidert, nach FINGER müſste dieselbe als Pemphigus syphiliticus adultorum, nach UNNA als Papula pemphigoides bezeichnet werden.

POSPELOW hat ähnliche Fälle von keratinisierten, hypertrophischen Papeln während des kondylomatösen Stadiums, besonders auf den Fuſssohlen, aber auch auf den Handflächen gesehen. Er kann sich nicht der Bezeichnung Pemphigus syphiliticus anschlieſsen, sondern bezeichnet dieselben als Syphilis cutanea papulosa vegetans.

2. SAWELJEW (Gast) demonstrierte aus der Moskauer dermatologischen Klinik einen Fall von **Mykosis fungoides**. Der 39jährige Mann gibt an, seit sieben Jahren krank zu sein, aber das Auftreten von Geschwülsten erst vor vier bis fünf Monaten bemerkt zu haben. Die Brust, der Rücken, der rechte Arm, die Kniekehlen, der äuſsere Rand des rechten Auges sind bedeckt mit juckenden, ekzematösen Plaques, die aber dazwischen Stellen gesunder Haut aufweisen. Auf der hinteren Partie des Halses sieht man das lichenoide Stadium der Krankheit vertreten und endlich an verschiedenen Stellen des Körpers Geschwülste von 3—5 cm Durchmesser, roter Farbe und weicher Konsistenz, die stellenweise wässern. Von den Lymphdrüsen sind nur die Leistendrüsen in geringem Maſse vergröſsert. Das Blut enthält 5200000 Erythrocyten und 7600 weiſse Blutkörperchen. Hämoglobingehalt 100%. Histologisch handelt es sich um Granulationsgewebe von entzündlichem Charakter. Unter der bisher geübten Behandlung mit Arseninjektionen und lokaler Anwendung einer 10—25%igen Anästhesinsalbe ist geringe Besserung eingetreten, indem der Juckreiz nachgelassen hat und die fungösen Wucherungen kleiner geworden sind. Der Kranke soll jetzt röntgenisiert werden.

Diskussion: BOGROW gedenkt seines vor einem Jahr vorgestellten Falles, der unter kombinierter Behandlung mit Arsenik und Röntgenstrahlen bedeutend gebessert wurde.

MESCHTSCHERSKI rät zu groſser Vorsicht hinsichtlich der Prognose und erinnert an den Fall von J. WHITE und BURNS vom Jahre 1906, der nach Röntgenisation, welche einen Zerfall der Tumoren hervorgerufen hatte, an den Erscheinungen einer allgemeinen Intoxikation zugrunde ging.

POSPELOW hebt hervor, daſs der vorgestellte Fall dadurch ein besonderes Interesse verdient, daſs bei ihm zu gleicher Zeit alle drei Stadien der Krankheit vertreten sind und daſs inmitten der ausgedehnten Infiltrate auf dem Rücken und an den Seiten sich deutlich gekennzeichnete Oasen gesunder Haut finden. Hinsichtlich der Behandlungseffekte bestätigt P. die durch Arsenik erzielte Abflachung der Geschwülste und die Abnahme des Juckreizes.

3. Lewtschenkow (Gast) stellte eine 36jährige Frau mit **Myxoma cutis** vor. Die Kranke, welche Syphilis verneint, gibt an, vor ca. fünf Monaten zuerst auf den Händen das Auftreten roter Flecke bemerkt zu haben. Bei ihrer Aufnahme in die Klinik fanden sich je zwei symmetrisch angeordnete, derbe, schmerzhafte Knoten auf der Stirn und unter den Augenhöhlen und ferner eine ganze Reihe dicht nebeneinanderstehender, kleiner, halbkugeliger Erhabenheiten, von 1—3 mm Höhe, auf den Handrücken, auf den Streckseiten der Oberarme, in den Ellenbeugen, auf der hinteren Partie des Halses, auf der oberen Hälfte des Rückens und über dem Brustbein. Alle diese Stellen haben daher ein chagrinartiges Aussehen. Die Augenbrauen sind ausgefallen. Keine Drüsenschwellung, keine Milzvergröſserung. Keine Zunahme der Schilddrüse. Blutbefund normal. Histologisch handelt es sich vorzüglich um Veränderungen in der P. reticularis corii, wo die Bindegewebsfasern durch ein Schleimgewebe mit einer groſsen Anzahl sternartiger Zellen auseinandergedrängt sind. Die Bindegewebsbündel machen einen hyalinen Eindruck. Die Schweiſs- und Talgdrüsen sind normal. In der P. papillaris findet sich eine mäſsige Infiltration mit lymphoiden Zellen in der Umgebung der Blut- und Lymphgefäſse. Die Kranke ist in der Klinik mit Jodkalium behandelt worden, worunter eine entschiedene Abnahme der Knoten und Knötchen eingetreten ist.

Diskussion: Bogrow wird durch den vorgestellten Fall an den von Prof. Pospelow beschriebenen Fall von Myxoedem auf syphilitischer Basis erinnert und fragt, ob man es nicht auch hier vielleicht mit einer Erkrankung der Schilddrüse zu tun haben könnte. Pospelow, in dessen Klinik sich die Kranke befindet, schlieſst eine Erkrankung der Schilddrüse aus, ist aber der Ansicht, daſs der ganz auſserordentlich interessante Fall vor einer ausführlichen Beschreibung noch eine genauere Beobachtung erfordert.

4. Bogrow führte folgende, **mit Röntgenstrahlen behandelte Kranke** vor:

a) einen achtjährigen Knaben mit **Favus.** Das schon drei Jahre bestehende Leiden wurde im Laufe von drei Monaten durch elfmalige Epilation mittels der X-Strahlen und gleichzeitige Anwendung der Dreuwschen Salbe geheilt.

b) eine 29jährige Frau. Ein **Lupus erythematodes,** welcher neun Jahre bestand, war nach zweijähriger Behandlung geschwunden.

c) ein 15jähriges Mädchen mit **Lupus vulgaris faciei.** Das bereits sieben Jahre bestehende Leiden ist während dreimonatlicher Behandlung (13 Sitzungen) bedeutend gebessert worden.

d) einen 50jährigen Mann mit einem **Epitheliom der Nase.**

e) einen 47jährigen Mann mit einem **Epitheliom der Schläfe.**

In beiden Fällen ist während dreimonatlicher Behandlung eine fast völlige Vernarbung zustande gekommen.

5. Bogrow demonstrierte einen Fall von **Melanosarcoma cutis.** Bei dem 40jährigen, kachektischen Mann finden sich am Ort eines operierten Naevus der linken Wade, wie der gleichfalls exstirpierten, betreffenden Inguinaldrüse blauschwarze, derbe Knoten von Stecknadelkopf- bis Erbsengröſse. Ähnliche Knötchen finden sich auch noch hier und da auf dem linken Oberschenkel.

6. Meschtscherski sprach über **Versuche der Behandlung von Syphilis mit Arsacetin.** Verfasser hat das Arsacetin freilich nur in neun Fällen versucht, aber sich doch schon davon überzeugen können, daſs die Wirkung des Arsacetins auf ein und denselben syphilitischen Prozeſs, wie z. B. ein maculo-papolöses Exanthem, sehr ungleichmäſsig ist. In dem einen Fall z. B. trat nach Einführung von 1,45 Arsacetin ein Abblassen des Exanthems auf, in dem andern Fall war bei gleicher Dosis überhaupt gar keine Veränderung des Exanthems zu bemerken.

Andererseits traten in drei Fällen bereits nach der ersten Injektion von Arsacetin deutliche Erscheinungen einer akuten, toxischen Nephritis mit hyalinen Zylindern, Nierenepithelien und Eiweifs, in einem Fall sogar Hämaturie auf, welche freilich im Laufe einiger Tage wieder schwand.

Diskussion: Orlow bestätigt die ungleichmäfsige Wirkung des Präparates, hat aber das Auftreten von Eiweifs nur in einem Fall und dazu nur in geringem Mafse gesehen.

---

# Fachzeitschriften.

## Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 95, Heft 2 und 3. April 1909.

1. **Über Sklerodermie der Zunge und der Mundschleimhaut**, von Otto Kren-Wien. Während nach den Angaben in der Literatur die Schleimhautlokalisation der Sklerodermie als seltene Erscheinung aufzufassen ist, hat Verfasser in 12 daraufhin untersuchten Fällen die Schleimhaut stets erkrankt gefunden, so dafs er der Meinung ist, dafs wenigstens in Fällen von diffuser Sklerodermie der Gesichtshaut die Schleimhautveränderungen fast die Regel sind. Dieselben können sich in allen Teilen der Mundhöhle finden, zeigen als erstes Symptom meist eine leichte diffuse Sklerosierung, die in weit kürzerer Zeit als an der äufseren Haut zur Atrophie führt. Äufserst selten sind die zirkumscripten Formen der Sklerodermie en plaques. Ab und zu finden sich Schleimhautpigmentierungen, für die eine violettbraune oder graubraune Farbe, die unscharfe verwaschene Umgrenzung, die Lokalisation in sklerodermatisch erkrankter Schleimhaut und der schnelle Ablauf mit vollständiger Dekoloration charakteristisch sind. Subjektive Beschwerden bestehen erst bei vorgeschrittenen Veränderungen, namentlich der Zungenmuskulatur durch Störungen der Funktion.

2. **Syphilis und Lepra**, von Cesare Frugoni-Florenz. Ein eigenartiger Fall von Kombination von Syphilis und Lepra bei einem 43jährigen Patienten. Beide Erkrankungen waren sichergestellt; daneben bestanden eine Reihe so verwickelter Symptome, dafs eine reinliche Scheidung dessen, was der Syphilis und was der Lepra in die Schuhe zu schieben war, nicht mit absoluter Sicherheit gelang. Sehr interessant sind die auf Grund eingehendster Untersuchungen angestellten Betrachtungen und Kommentierungen. Mikrophotographien.

3. **Über die reaktiven Prozesse in verschiedenen Hautschichten beim Affen (Entzündungen und Resorption nach Einführung spezifischer und nicht spezifischer Fremdkörper)**, von W. I. Terebinsky - St. Petersburg. Lange experimentelle Versuchsreihen mit eingehenden histologischen Untersuchungen, deren Ergebnisse in Widerspruch stehen mit einer vor einiger Zeit erschienenen Arbeit von Levaditi und Yamanouchi und mit einer polemischen Spitze gegen die genannten Autoren vom Verfasser vorgebracht werden. Die Einzelheiten müssen in der Arbeit selbst nachgelesen werden. Das Wesentliche ist die Feststellung, dafs bei Syphilisimpfungen Verschiedenheiten im Verlauf des Prozesses zu konstatieren sind, je nachdem die Inokulation in die Cutis oder Subcutis erfolgt; in erster Linie, weil die Neigung mit einer Entzündung auf den äufseren Reiz zu reagieren, bei der Subcutis stärker ausgeprägt ist als beim Corium, und ferner, weil die Resorptionsfähigkeit des Coriums viel gröfser ist als diejenige der Subcutis.

4. **Zur klinisch-diagnostischen Verwendung der Komplementbindungsmethode bei Lepra**, von T. SUGAI-Osaka. S. hat die WASSERMANNsche Methode der Syphilis in analoger Weise bei Lepra versucht, indem er das nötige Antigen aus Lepraknoten gewann und als Antikörper das Blutserum von Leprakranken benutzte. Seine bei 7 Leprakranken und an einer Reihe von Kontrollfällen vorgenommenen Versuche lassen ihm schon jetzt die Methode für die Diagnose der Lepra und zwar der Lepra in jeder Form verwertbar erscheinen.

5. **Der Lupus und seine Behandlung**, von EDUARD GOTTSCHALK-Stuttgart. G. erhebt Einspruch gegen die Ausführungen NIETNERS im deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, daſs „es erst in neuerer Zeit gelungen sei, den Lupus in die Reihe der heilbaren Krankheiten einzuführen". Er weist auf die verschiedenen Methoden hin, die auch vor FINSEN und RÖNTGEN definitive Resultate gezeitigt haben, und andererseits auf die recht unzulänglichen modernen Verfahren, wie die von SUCHIER, KEATING-HEART und STREBEL. Er selbst ist ein absoluter Verfechter der Überlegenheit des FINSEN- und RÖNTGENverfahrens, doch will er auch hier einen kritischen Maſsstab in der Art und Weise der Ausführung angelegt wissen. Im besonderen wendet er sich gegen jede Vorbehandlung bei der FINSENmethode mit Ausnahme der Anwendung der Röntgenstrahlen, die er aber hierzu nicht mit groſsen Normaldosen nach KIENBÖCK verwendet haben will, sondern nach FREUND so primitiv, so schonend als möglich, „um keine chromogenen Zahlen zu zerstören".

6. **Über Folliculitis decalvans**, von RICHARD L. GRÜNFELD-Wien. Fünf eigene Fälle. Übersicht über die vorhandene Literatur. Besprechung der Pseudopelade, die wegen der fehlenden follikulären Eiterungen von der eigentlichen Folliculitis decalvans strikte abgetrennt wird.

7. **Über Dauerbeobachtungen bei Syphilis. Beiträge zur Statistik über Behandlung und Verlauf der Erkrankung**, von C. BRUHNS und G. LUMME-Berlin. Die Verfasser haben die Notizen über das Prostituiertenmaterial des städtischen Obdachs zu Berlin aus den letzten 15 Jahren durchgearbeitet, in der Absicht, eventuell zur Lösung der Frage beitragen zu können, ob die durchgemachte bessere oder schlechtere Behandlung irgend einen Einfluſs auf das Zustandekommen der von der Syphilis abhängigen Späterkrankungen gezeigt hat. Sie haben versucht, den vielen dabei möglichen Fehlerquellen, so weit es anging, aus dem Wege zu gehen und nur Material verwendet, wo Miſsdeutungen möglichst ausgeschlossen waren. Unter anderem haben sie nur Fälle berücksichtigt, die länger als vier Jahre in einwandfreier Beobachtung gestanden haben. Allerdings blieben auf diese Weise von dem groſsen Materiale von 8197 Fällen nur 625 verwertbar. Aus dem Sinken der Tertiärfälle entprechend der Häufigkeit der durchgemachten Behandlung scheint ein gewisser, allerdings nicht erheblicher Einfluſs zu Gunsten der intensiven Behandlung auf den Verlauf der Syphilis hervorzugehen. Es wird dabei wiederholt darauf hingewiesen, daſs wir heute noch zu wenig wissen, wie viel schlecht behandelte Fälle im Vergleich zu den tertiär gewordenen nach den Früherscheinungen vollkommen geheilt geblieben sind. In der Arbeit werden ferner vergleichsweise die Resultate früherer ähnlicher Arbeiten angeführt, und schlieſslich das Material der Privatpraxis von B. in ähnlicher Weise gesichtet, doch halten die Verfasser die Zahl der wirklichen Dauerbeobachtungen für zu gering, um Schlüsse daraus zu ziehen, besonders da die Gruppe der Schlechtbehandelten dabei zu klein ist. Nur die groſsen Zahlen von den verschiedensten Seiten gesammelten Materials können Aufschluſs geben; es wird darum die Wichtigkeit einer schon vor längerer Zeit von NEISSER angeregten Sammelforschung wiederum betont.

8. **Die Angioneurosen und die hämatogenen Hautentzündungen**, von C. Kreibich. Referat für den XVI. internationalen medizinischen Kongrefs in Budapest. „Vasomotorische Veränderungen, mit ihnen die Entzündung, sind ein Reflex, entstanden durch Reizung an irgendeiner Stelle der afferenten Bahn. Ihre Reizung kann peripher und zentral erfolgen, die Reize können mechanische, thermische, urtikarille, ekzematofore, elektrische und toxische sein; der Reflex antwortet mit allen Formen der vasomotorischen Erregung und mit allen Formen der Entzündung. Der Reflex kehrt an die Stelle der peripheren Reizung zurück oder tritt auch an einer anderen Hautpartie auf und verrät dann häufig durch seine Art (Symmetrie, Lokalisation in einem metameren Feld oder einer Grenzlinie) seinen zentralen Charakter. Die Reflexe dürften meistens zentrale sein, doch mufs auch die Möglichkeit lokaler kurzer Reflexe zugegeben werden .... Entscheidend für das Zustandekommen, für die Form, für die Höhe des Reflexes ist neben der Art und Intensität des afferenten Reizes die Labilität und Erregbarkeit des Reflexbogens. Sie kann angeboren, vererbt und erworben sein". K. hat diese Auffassung bereits früher in seiner Monographie: „Die angioneurotische Entzündung" niedergelegt. Aus den angeführten experimentellen und klinischen Beobachtungen interessiert, dafs neben den vasomotorischen Veränderungen bei organischen Nervenerkrankungen und traumatischen Nervenverletzungen eine Reihe Erkrankungen direkt auf Reflex zurückgeführt werden und unter diesen neben Ekzem, Urtikaria und Herpes, auch Morbus Darier und Raynaud, ersterer als „angioneurotische Parakeratose", letzterer als „konstriktorische Angioneurose" angeführt wird.

*W. Lehmann-Stettin.*

---

## Dermatologisches Centralblatt.

Band XII, Heft 7. April 1909.

1. **Über Urinuntersuchungen bei Dermatosen**, von Polano-Haag. Eingehende Urinuntersuchungen bei mehr als 200 Hautfällen, einschliefslich der Bestimmung des Gehalts an Chloriden, Phosphaten, Indikan, Harnstickstoff und Totalstickstoff. Darnach wurde bei Pruritus regelmäfsig eine geringe Konzentration, sowie Hypoacidität und Hypophosphaturie gefunden, was dem Verfasser eine Erklärung für die guten Erfolge der Phosphorsäuretherapie gibt. Dagegen war beim chronischen Ekzem, und noch mehr prononziert bei der Psoriasis die Konzentration hoch, ebenso die Acidität und der Stickstoffkoeffizient; Verfasser hat daraufhin Versuche mit einer anti-arthritischen Therapie begonnen. Bei Acne punctata und Rosacea, und noch mehr bei der Urticaria fand sich erhöhte Indicanurie. Weniger in die Augen fallend waren die Befunde bei einer Reihe anderer Hautkrankheiten; auch wurden gelegentlich Widersprüche konstatiert, von denen Verfasser meint, dafs sie erst recht zu weiteren Untersuchungen anspornen sollten.

2. **Zur Frage der Hautpigmente**, von F. B. Solger-Rostock. S. hält Diesing („Zur Kenntnis der Hautpigmente" Nr. 6 des *Zentralblattes*) und seiner Theorie, dafs alle Farbstoffe des menschlichen Organismus unter Einwirkung des Sonnenlichts in der Haut entständen, die Tatsache entgegen, dafs Albinos, denen das Hautpigment vollständig fehlt, imstande sind, Blutfarbstoffe, Gallenfarbstoffe, usw. zu bilden.

3. **Ein eigentümlicher Fall von Hämaturie**, von Walter Schneider-Königsberg. Ein kleiner blutender Tumor der Blasenschleimhaut erwies sich mikroskopisch als ein versprengtes Stück Prostatagewebe. *W. Lehmann-Stettin.*

---

## Folia urologica.

Band III, Nr. 6. April 1909.

1. **Über Ureteroperationen**, von Arthur Bloch - Berlin. Verarbeitung von Material aus Israels Klinik; 51 Fälle der verschiedensten Affektionen am Ureter, ihr Ausgang und die daraus sich ergebenden Konsequenzen. Darunter waren 30 Fälle von Uretersteinen, bei denen auf den aufserordentlichen Wert guter und kritisch verwerteter Röntgenaufnahmen wiederholt hingewiesen wird.

2. **Die totale Blasenexstirpation**, von J. Verhoogen und A. de Graeuwe-Brüssel. In der Literatur sind bis jetzt 60 Fälle bekannt, in denen meist wegen maligner Tumoren der Blase und benachbarten Organe (dreimal auch wegen ausgebreiteter Blasentuberkulose) die vollkommene Entfernung der Blase vorgenommen wurde. Übersicht über diese Fälle und Besprechung der Technik, Indikationen und Resultate, mit besonderer Hervorhebung der verschiedenen Wege der Ureterenversorgung.

3. **Experimentelle Studie über aszendierende Nierentuberkulose,** von Hans Wildbolz-Bern. W. hat beim Kaninchen tatsächlich experimentell vom Ureter und von der Blase aus Nierentuberkulose erzeugt und glaubt, dafs seine Versuche zu der Annahme berechtigen, dafs auch beim Menschen ohne dauernde Urinstauung eine aszendierende Nierentuberkulose entstehen kann. Wiedergabe der Versuche in Ergänzung einer kurzen, früher von ihm gegebenen Mitteilung.

4. **Ein Fall von beiderseitiger Hydropyonephrose, die links durch Lithiasis und doppelte Ureteren kompliziert war. Über kongenitale Anomalien der oberen Harnwege**, von Egisto Magni-Bologna und Piero de Favento-Triest.

6. **Pathologisch-anatomische Untersuchung eines Frühfalles von Nierentuberkulose**, von C. Schneider - Bad Brückenau. Makroskopisch sehr geringe Veränderungen, mikroskopisch Erkrankung der Papillen mit Nekrosen in den Spitzen derselben; keine Veränderung in der Rinde. „Den Ausgangspunkt für eine Nierentuberkulose bildet diejenige Form der Erkrankung, die Israel als primäre tuberkulöse Ulzeration der Papillen beschrieben hat.“ „Selbst in einem früheren Stadium der Nierentuberkulose ist die Erkrankung so weit fortgeschritten, dafs es angebracht erscheint, grundsätzlich die Nephrektomie auszuführen.“ *W. Lehmann-Stettin.*

---

## The British Journal of Dermatology.

April und Mai 1909.

**Pemphigus foliaceus,** von R. Cranston Low-Edinburg. L. bringt die ausführliche Beschreibung von drei Fällen, wovon ihm jeder besonderes Interesse zu bieten schien. Der erste Fall betraf eine 51jährige, der zweite eine 53jährige und der dritte eine 45jährige Frau, bei welchen das Leiden vor etwa 3, resp. 11 Jahren, resp. dreizehn Monaten mit Blasenausschlag, im dritten Falle aber nur mit juckenden Flecken an Stirn und Kopfhaut begann. Fall 1 verlief weiterhin nach den klassischen Beispielen des Pemphigus foliaceus, indem die Eruption allmählich fast den ganzen Körper befiel, den exfoliierenden Charakter annahm, die Haut rot und rauh aussah und die Epidermis in den charakteristischen Abschuppungsblättern sich ablöste; auch war der penetrierende, aufserordentlich intensive und unangenehme Geruch vorhanden. Der zweite Fall war in seinem Beginn ähnlich der Dermatitis herpetiformis, verwandelte sich später in den Pemphigus foliaceus und zeigte im Stadium der Besserung wieder den Charakter der Dermatitis herpetiformis, so dafs L. eine nahe Verwandschaft zwischen diesen beiden Affektionen annimmt, wenn nicht deren Ursachen die gleichen sind und es sich nur um verschiedene Grade derselben Affektion handelt. Den dritten Fall, welcher nicht den charakteristischen Geruch, wie die zwei anderen zeigte und

bei dem der behaarte Kopf besonders stark befallen war, aber die Haut späterhin in grofsen Fetzen sich ablöste, möchte L. eher als schweren Fall von Dermatitis herpetiformis bezeichnen. Pemphigus foliaceus ist daher als eine Krankheit anzusehen, welche in verschiedener Weise, gewöhnlich aber als Pemphigus chronicus oder Dermatitis herpetiformis beginnt. In ausgeprägten Fällen ist die Diagnose nicht schwierig, er ist aber zuweilen differentialdiagnostisch zu unterscheiden von allgemeiner exfoliierender Dermatitis (Pityriasis rubra), Dermatitis herpetiformis und allgemeinem Ekzema. Die mikroskopischen Veränderungen sind jene einer Hautentzündung mit rascher Exfoliation der oberflächlichen Schichten; ob letztere oder die Entzündung als der primäre Zustand anzusehen sind, ist noch nicht entschieden. Die Behandlung des Pemphigus foliaceus ist ebenso wie die Prognose eine höchst zweifelhafte, lokal je nach den Symptomen eine antiseptische Salbe oder Paste oder auch Umschläge; innerlich hat L. mit Arsenik und anderen Mitteln keinen Erfolg gesehen. In zweien der Fälle wurden nach Bestimmung des opsonischen Index Staphylokokken-Impfungen vorgenommen, womit wenigstens der Erfolg erzielt wurde, dafs jede Tendenz zur Eiterung in den Erkrankungsherden hintangehalten wurde und beide Fälle sicherlich Besserung, wenn auch nur vorübergehender Art zeigten. Im Anhange gibt Verfasser eine „vollständige Aufzählung der bisher über Pemphigus foliaceus erschienen (63) Arbeiten.“

**Über einen Fall von exzessivem Bartwuchs**, von S. W. Allworthy. Bei dem Manne nahm der Bart eine solche Länge (von schliefslich 130 Zoll) an, dafs er ihn um ein Kissen aufwickelte und dasselbe gleichsam als Lungenschützer unter den Kleidern trug, wodurch auch jedes ungewöhnliche Aussehen vermieden wurde; trotz dieser Mafsnahme war er genötigt, den Bart zuweilen, wenn das Haar zu kraus wurde, zu stutzen. Der Mann starb im Alter von 64 Jahren, nachdem, wie A. glaubt, Kehlkopf und Brustorgane durch das genannte Experiment — was wohl das merkwürdigste an dem Fall ist — leidend geworden sind. *Stern-München.*

---

## Annales des Maladies vénériennes.

Band IV, Heft 3. März 1909.

1. **Gangrän des Penis**, von Pierre Merle. Aufser der durch Urininfiltration, Allgemeinerkrankungen, Atheromatose, Trauma, Paraphimose und sexuellen Leiden ursächlich bedingten Gangrän gibt es nach Verfasser noch eine Gangrène foudroyante, die ohne anscheinende Ursache spontan beginnt und durch die Schnelligkeit, mit der sie sich entwickelt, bemerkenswert ist. Verfasser lehnt sich hierbei an Beobachtungen von Fournier, Emery und Lallemant an und berichtet einen einschlägigen (der Beschreibung nach nicht ganz einwandsfrei beobachteten) Fall.

2. **Die Quecksilberelimination in Schwefelmineralbädern bei der Behandlung Syphilitischer**, von A. Chatin - Uriage. Die Verwendung von Schwefelquellen bei Syphilitischen gestattet einerseits eine bedeutend gröfsere Zufuhr von Hg als bei der gewöhnlichen Dosierung, ohne dafs Schädigungen auftreten, und bewirkt andererseits eine viel vollständigere Elimination des Hg aus dem Organismus: unter dem Einflufs des Schwefels wird ein Kranker, dessen letzte Hgkur Wochen und selbst Monate zurückliegt und in dessen Urin keinerlei Spuren des Medikaments mehr nachweisbar gewesen sind, von neuem unter Hg-Wirkung gesetzt, da der Schwefel das Quecksilber aus den verschiedensten Organen und den verstecktesten Depots in die Zirkulation bringt. „Die Schwefelwässer bewirken keine Bildung von unlöslichem Schwefelquecksilber, sondern vermehren die Fähigkeit des Blutes, Hg-Albuminate zu lösen“. Verfasser legt den Hauptwert auf eine Schwefeltrinkkur und gibt pro Tag

bis zu einem Liter, besonders von den Schwefelquellen von Uriage, die der Magen aufserordentlich gut vertragen soll, besonders infolge des gleichzeitigen Gehaltes an freier Kohlensäure.

3. **Verschiedene Methoden zur Färbung der Protozoen und insbesondere der Spirochaeta pallida,** von A. Lévy-Bing. Besprechung der Färbemethoden von Marino, Laveran, Romanowsky, Leishman, Nocht und Giemsa, von denen er die ersten für die besten hält. Nähere Ausführungen über die Methode von Laveran, der Eosin und Borrelsche Blaulösung benutzt; die letztere ist eine Mischung von Methylenblau und Silbernitrat, doch werden über die Art und Weise dieser Mischung keine näheren Angaben gemacht.

4. **Multiple und nacheinander auftretende extragenitale Schanker** (zwei Schanker der Zunge; ein Schanker des Gaumenbogens; ein Schanker des Handrückens; ein Schanker der Unterlippe), von J. Nicolas und Moutot-Lyon. Kasuistik. Prostituierte, die mit den in der Überschrift genannten Schankern und mit einer maculopapulösen Eruption und sonstigen bereits entwickelten Allgemeinerscheinungen zur Beobachtung gelangte.

5. **Heredosyphilis und Hypospadie,** von Druelle. Zwei Fälle von Hypospadie bei Individuen mit ausgesprochenen Symptomen von hereditärer Syphilis, die Verfasser als ätiologischen Faktor für die Hypospadie ansehen will.

Band IV, Heft 4. April 1909.

1. **Beitrag zur Klassifizierung und Symptomatologie der Syphilis im Reproduktionssystem der Frau,** von Jean Franceschini-Vicenza. Aufser den bisher bekannten syphilitischen Erkrankungen der Frühperiode, der Leucorrhoe, den Neuralgien des Uterus und den Menstruationsstörungen, hält Verfasser nach seinen Beobachtungen eine Erkrankung der Ovarien für sehr häufig, die die Menstruationsstörungen fast regelmäfsig begeitet, während die anderen genannten Symptome fehlen können. Die Erkrankung äufsert sich in einer Schwellung und Vergröfserung der Ovarien mäfsigen Umfanges, die auf Druck empfindlich ist, deren Schmerzhaftigkeit aber von sehr verschiedener Höhe sein kann. Dabei fehlen subjektive Beschwerden oft gänzlich. Er stellt die Erkrankung in Analogie zur Erkrankung des Nebenhodens in der Frühperiode, zur „néoplasie épididymaire Fournier“, und zitiert aus einer grösseren Beobachtungsreihe zwei Beispiele.

2. **Die stickstoffhaltigen Substanzen des Urins und die Bestimmung des Stickstoffkoeffizienten,** von A. Desmoulière. Abgesehen von der Wichtigkeit, die die Bestimmung des Stickstoffs im Urin und besonders des Verhältnisses von Harnstickstoff und Totalstickstoff bei Dermatosen der verschiedensten Art hat, ist das letztere, der Stickstoffkoeffizient, ein Faktor von Bedeutung bei Quecksilberverabreichung, da eine erhebliche Verminderung dieses Koeffizienten grofse Vorsicht notwendig macht bei der Verordnung toxischer Medikamente, und besonders beim Hg eine direkte Gefahr bedeuten kann. Im Original nachzulesende genaue Angaben über die in der Abteilung Gauchers geübten Methoden einwandfreier Stickstoffbestimmung.

3. **Eine Lehre,** von Spreafico-Madrid. Langatmige Krankengeschichte eines Mannes, der dadurch, dafs die bei ihm zu Injektionen verwendeten Barthélemy-Spritzen in ihren Abmessungen unzuverlässig waren, übergrofse Dosen von Hg bekam und von seiner Intoxikation erst nach einer längere Zeit durchgeführten Schwefelbäderbehandlung genas.

4. **Schanker der Conjunktiva,** von Pierre Merle. Kasuistik.

*W. Lehmann-Stettin.*

# Bücherbesprechungen.

**Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten**, von E. Lesser. I. Teil. Hautkrankheiten, mit einem Anhang: Die Radiotherapie, von Frank Schultz-Berlin. (Leipzig, F. C. W. Vogel, 1908.) Die wesentlichste Bereicherung der 12. Auflage des seit 24 Jahren bewährten Lehrbuches stellt die Hinzufügung eines Anhanges über die Radiotherapie dar, welcher von Frank Schultz bearbeitet wurde. Hiermit ist den Bedürfnissen eines modernen Lehrbuches der Hautkrankheiten in ausgezeichneter Weise Rechnung getragen. Der erste Abschnitt dieses Anhangs, Lichtbehandlung, führt in kurzer und prägnanter Fassung in die Geschichte und Theorie der Lichtbehandlung ein. Zur Lupusbehandlung geeignet ist von den vorhandenen Lichtquellen nach Schultz nur die Finsenlampe. Die Indikationen der Quarzlampe werden im wesentlichen als die gleichen hingestellt, wie die der Uviollampe, d. h. als geeignet dort, wo eine oberflächliche, schälende Wirkung gewünscht wird. Dieser Standpunkt ist wohl zum mindesten verfrüht und wäre mit Rücksicht auf die günstigen Resultate anderer Autoren (z. B. Behring bei dem grofsen Material der Kieler Hautklinik) bei der Behandlung von Lupus vulgaris, Gefäfsnaevi und anderer Affektionen, wo sicher sehr viel auf Tiefenwirkung der Lichtquelle ankommt, sowie auf die experimentellen Untersuchungen Pürckhauers gerade in einem Lehrbuche besser nicht mit dieser Präzision eingenommen.

Die Darstellung des Kapitels Röntgenbehandlung ist ausgezeichnet. Von den Mefsverfahren wird die kombinierte Methode von direktem und indirektem Mefsverfahren nach H. E. Schmidt empfohlen.

Das kurze Kapitel: „Radium“ beschliefst den Anhang.

*Arthur Schucht-Danzig.*

---

# Mitteilungen aus der Literatur.

## Chronische Infektionskrankheiten.

### c. *Syphilis.*

Im Verein für innere Medizin in Berlin sprach am 14. Dezember 1908 Fritz Lesser über **weitere Ergebnisse der Serodiagnostik der Syphilis** und am 18. Januar 1909 A. Blaschko über **die klinische Verwertung der Wassermannschen Reaktion**.

Nach Lesser gilt der Satz: „Niemals positive Reaktion, ohne dafs Syphilis oder begründeter Verdacht auf Syphilis vorliegt“; nur darüber, ob auch Sera von nichtsyphilitischen Scharlachkranken positive Reaktionen ergeben, steht L.s Urteil noch nicht fest. Die zuverlässigsten Resultate erzielt man, wenn man nach der alten Vorschrift Wassermanns mit wässerigen Leberextrakten arbeitet. Die Frage, ob durch frühzeitige Exstirpation eines Primäraffektes die konstitutionelle Syphilis verhütet werden kann, wird sich wohl mit Hilfe der Serodiagnostik entscheiden lassen. — Die

progressive Paralyse, bei der die Reaktion konstant positiv ausfällt, ist ausnahmslos auf Syphilis zurückzuführen; aber auch alle Fälle von Tabes, für die nicht ein Trauma als Ursache in Betracht kommt, sind nach L. dem Ergebnis der serodiagnostischen Untersuchungen zufolge luetischen Ursprungs. Beide Affektionen sind syphilitische Erkrankungen in dem Sinne, daſs sich ein syphilitischer Prozeſs in den Meningen abspielt, der sekundär zur Degeneration von Nervenbahnen führt. — In den meisten Fällen gelingt es, auch stark positive Reaktion durch energische Behandlung, die allerdings oft länger fortgesetzt werden muſs, als bisher üblich war, zum Verschwinden zu bringen; auch mit Jodkalium allein hat L. dieses Resultat erzielt, niemals aber mit Atoxyl. Verschiedene Tatsachen sprechen dafür, daſs eine positive Wassermannsche Reaktion nicht nur eine stattgefundene syphilitische Infektion, sondern eine noch bestehende syphilitische Erkrankung, ein noch aktives syphilitisches Virus anzeigt Infolgedessen sind wir bei positiver Reaktion in allen Fällen verpflichtet, spezifische Behandlung einzuleiten und solange fortzusetzen, bis die Reaktion negativ ausfällt. Die negative Reaktion, d. h. die Hämolyse der Hammelblutkörperchen, muſs prompt eintreten; solange die Hämolyse träge von statten geht, muſs weiter behandelt werden, weil die träge zur Hämolyse führenden Sera nicht lange negativ bleiben.

Blaschko miſst der Wassermannschen Reaktion, die keine reine Immunitätsreaktion zu sein scheint, groſse praktische Bedeutung zu. Negative Reaktion hat Bl. u. a. gefunden bei isolierten luetischen Plaques, Papeln oder Geschwüren der Haut oder der Schleimhäute und relativ häufig bei syphilitischen Knochenaffektionen. Daſs es sehr häufig gelingt, durch spezifische Behandlung die positive Reaktion zu beseitigen, hat auch Bl. festgestellt; ferner beobachtete er bei seinen zahlreichen Untersuchungen im allgemeinen einen Parallelismus zwischen den Manifestationen der Krankheit und der Reaktion, positive Reaktion scheint stets das Vorhandensein von Krankheitsherden im Organismus zu beweisen. Negativ wird die Reaktion nicht durch die Wirkung des Quecksilbers an sich, sondern durch den zuweilen auch spontan eintretenden Heilungsvorgang selbst. Die durch die Behandlung erzielte negative Reaktion bleibt namentlich während der Frühperiode der Syphilis nur selten längere Zeit oder dauernd negativ. Auch Bl. ist der Ansicht, daſs positiver Ausfall der Reaktion auch beim Fehlen sichtbarer Krankheitserscheinungen eine Indikation zur Behandlung bildet und daſs diese im allgemeinen solange fortzusetzen ist, bis die Reaktion negativ ist; er empfiehlt, dabei aber doch zu individualisieren, Rücksicht auf den Allgemeinzustand des Patienten, auf seine Toleranz gegen Quecksilber usw. zu nehmen. Natürlich ist jeder Syphilitiker künftighin in regelmäſsigen Zwischenräumen serodiagnostisch zu untersuchen; die Zeit, während welcher diese Untersuchungen fortgesetzt werden müssen, wird wesentlich länger sein als die bisher übliche Dauer der klinischen Überwachung. Die Bedeutung der Reaktion für die Prognose ist nicht sehr groſs; insbesondere darf negativer Ausfall der Probe nicht als Ausdruck der Syphilisheilung betrachtet werden.

In der ausgedehnten Diskussion über die beiden Vorträge warnten Halberstädter, Bruhns und Heller davor, jetzt schon aus dem Ergebnis der Reaktion prognostische Schlüsse zu ziehen oder therapeutische Indikationen abzuleiten; wir dürfen uns nach Ansicht von Bruhns durch den Ausfall der Probe allein noch nicht von den bisherigen bewährten Prinzipien der Behandlung abbringen lassen. Heller fand in einer groſsen Anzahl von Fällen, sowohl in der sekundären wie in der tertiären Syphilisperiode die Reaktion, nicht in Übereinstimmung mit den Krankheitserscheinungen und dem Krankheitsverlauf; den negativen Ausfall der Reaktion bei so vielen Patienten kann Heller nicht auf besonders energische Quecksilberbehandlung zurückführen. Nach Hans Mühsam ist die Verwendung von Extrakten anormaler Organe nicht zu

empfehlen; beweisend sind nur solche Untersuchungen, bei denen ein Serum mit mindestens zwei nach der ursprünglichen Wassermannschen Vorschrift hergestellten Leberextrakten geprüft wurde. Die positive Reaktion kann nach seinen Erfahrungen durch Quecksilber und durch Atoxyl, nicht aber durch Jod zum Verschwinden gebracht werden. Citron hält die Wassermannsche Reaktion für eine Immunitätsreaktion; daſs sie von selbst ohne spezifische Behandlung negativ wird, kommt höchstens in seltenen Ausnahmefällen vor. Nach Wassermann sind die leicht zu beschaffenden alkoholischen Extrakte aus normalen Organen zwar ein weniger feines Reagens als die wässerigen Extrakte aus fötalen luetischen Organen, es liegt aber kein Grund vor, ihre Verwendung in der allgemeinen Praxis ganz auszuschlieſsen; doch muſs bei zweifelhaftem Ergebnis mit wässerigem Extrakt nachgeprüft werden. Da die Probe bei Paralyse stets positiv ist, muſs schon aus prophylaktischen Gründen die Reaktion durch spezifische Behandlung beseitigt werden. Gutmann weist auf den groſsen Wert der Reaktion für die Deutung zahlreicher Augenkrankheiten hin. Da bei tabischer Sehnervenatrophie Quecksilber schädlich wirkt, darf der positive Ausfall der Reaktion nicht als absolute Indikation zur Vornahme einer Quecksilberkur betrachtet werden. Georg Meier hat Kontrolluntersuchungen bei 381 nichtluetischen Affektionen vorgenommen; das Ergebnis beweist die Spezifizität der Reaktion. Nach Seligmann ist die gebräuchliche Technik der Reaktion noch nicht ganz reif für die Praxis; sie kann ebenso wie die zuweilen ganz plötzlich sich ändernde Beschaffenheit der Extrakte zu falschen Ergebnissen führen. Um die Fehlerquellen auszuschalten, prüft er verdächtiges Serum mit einer ganzen Reihe von Extrakten möglichst verschiedener Herkunft; handelt es sich um Lues, so geben alle Extrakte vollkommene Hemmung mit dem Serum; liegt keine Lues vor, so tritt entweder vollkommene Lösung ein oder der eine oder andere Extrakt gibt mitunter eine Hemmung, die sich dadurch als nichtspezifisch charakterisiert, daſs sie nicht auf alle Extrakte gleichmäſsig verteilt ist. Wassermann hat auf die Tatsache, daſs die Extrakte sich mit der Zeit ändern, gleich anderen Autoren schon lange hingewiesen und daher Arbeiten mit frischen Extrakten vorgeschrieben. Kren glaubt nicht, daſs durch energische, immer wiederholte Quecksilberkuren das Auftreten der metasyphilitischen Nervenkrankheiten, speziell der Tabes, verhütet werden kann. Nach den reichen Erfahrungen von Senkpiel spricht negativer Ausfall der Probe immer gegen Paralyse. Nach einigen gegen Ausführungen Wassermanns gerichteten polemischen Bemerkungen Seligmanns wandte Lesser sich in seinem Schluſsworte hauptsächlich gegen die Anschauung, daſs der positive Ausfall der Reaktion an sich noch keine Indikation zur Einleitung oder Fortsetzung der Behandlung sein soll; natürlich bekämpfen wir nicht die positive Reaktion an sich, sondern wir bekämpfen sie, weil sie den Eintritt von Tabes und Paralyse befürchten läſst. Die natürliche Ausheilung der Syphilis ist nach L. sehr häufig; mit ihr wandelt sich natürlich auch die positive Reaktion von selbst in eine negative um. Es ist daher zu erwägen, ob nicht der Schwerpunkt der medikamentösen Syphilistherapie, sofern keine Rezidive zur Behandlung nötigen, in das Spätstadium, etwa in die Zeit vom vierten Jahre nach der Infektion ab, zu legen und für die Fälle zu reservieren wäre, in denen keine natürliche Ausheilung erfolgt und die Reaktion nicht negativ geworden ist. Diesen Vorschlag bekämpft Blaschko in seinem Schluſswort ganz energisch; nach seiner Überzeugung kommt alles auf die erste Behandlung an, die in Zukunft noch viel intensiver gestaltet werden muſs. Im übrigen hält auch Bl. daran fest, daſs der Ausfall der Reaktion den besten Anhaltspunkt für die Therapie ergibt. Allerdings sieht er nicht in jeder positiven Reaktion eine unbedingte Veranlassung zur Quecksilberbehandlung; denn es gibt Fälle, in denen Quecksilber zu einer Verschlimmerung führen kann, und noch mehr Fälle, in denen aus irgendwelchen Gründen auf die Einleitung oder Fort-

setzung einer Quecksilberkur verzichtet werden mufs. (Nach *Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 9.) *Götz-München.*

**Die Serumdiagnose der Syphilis und deren klinische Bedeutung,** von William J. Butler-Chicago. (*New York med. Journ.* 30. Jan. 1909.) Nach genauerer Beschreibung des Vorganges der Serumreaktion bei Syphilis bespricht B. die Resultate seiner eigenen Versuche, die 150 Fälle von Syphilis und 53 Kontrollfälle verschiedener Infektionskrankheiten, wie Typhus, Pneumonie, Tuberkulose usw., betrafen. Bei letzteren war das Resultat mit Ausnahme von drei Noma- und vier Scharlachfällen stets ein negatives. Von den 150 den verschiedensten Stadien der Syphilis angehörenden Fällen waren 123 positiv (= 82%) und 27 negativ; darunter waren 55 Fälle von Para- und visceraler Syphilis, wovon 41 (= 76%) positive Reaktion ergaben. Unter letzteren Fällen waren solche von Lebercirrhose, Aortenaneurysma, Myocarditis, spezifischer Arteriitis usf., und B. konnte gleich anderen Beobachtern feststellen, wie selten Syphilis der inneren Organe, mit Ausnahme des Nervensystems, klinisch diagnostiziert wird. Aufser den obengenannten Fällen hat B. elf kongenitaler Syphilis untersucht und bei all diesen ausgesprochen positive Reaktion gefunden. Was den Einflufs der Behandlung auf die Reaktion betrifft, so ist dieselbe um so häufiger negativ, je früher mit der Quecksilberkur begonnen, je länger sie fortgesetzt wurde und je kürzer das Intervall seit der letzten Kur ist. Eine positive Reaktion bedeutet aktive Syphilis und daher Indikation zu spezifischer Behandlung; andererseits kann man deren Unterbrechung mit Verschwinden der Reaktion nicht gutheifsen, da kürzere oder längere Zeit danach, ebenso nach dem Rückgang aller spezifischen Erscheinungen, letztere wie die Reaktion wieder auftreten können. Wir dürfen nicht immer den Eintritt der positiven Reaktion abwarten, wenn wir in einem Falle von Syphilis die spezifische Behandlung einleiten, da man immer bedenken mufs, dafs die Reaktion zuweilen auch versagen kann. Jedenfalls erfordert nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse die aufmerksame Behandlung syphilitischer Fälle nicht nur klinische Untersuchung, sondern auch die Serumreaktion; letztere bildet ohne Rücksicht auf alle fehlenden äufseren luetischen Erscheinungen eine Indikation für antisyphilitische Behandlung. *Stern-München.*

**Zur praktischen Bedeutung der Serodiagnostik der Syphilis,** von Bruhns und Halberstaedter. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) Von 231 Fällen reagierten alle (31) Fälle, bei denen klinisch und anamnestisch keine Syphilis konstatiert werden konnte, negativ. Anerkannt wird von den Autoren die grofse diagnostische Bedeutung der Reaktion, falls dieselbe im Einzelfalle kritisch verwertet wird. Für Prognose und Behandlung ist sie ihnen vorläufig nicht sehr mafsgebend, da die Bedeutung der positiven Reaktion im spätlatenten Stadium noch nicht genügend geklärt ist. Die Autoren halten vorläufig am Prinzip der Fournier-Neisserschen Behandlungsmethode fest. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Zur Syphilisdiagnose,** von J. Lichtmann. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 9.) Auf Grund eigener Erfahrungen wird die Bedeutung der Spirochaeta pallida und der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion für die Frühdiagnose der Syphilis erörtert. Nur insofern befindet sich Autor im Irrtum, als er das Antigen als Pallidasubstanz bezeichnet, während doch tatsächlich mit Extrakt aus normalen Organen die Reaktion ebenfalls gelingt und dieselbe mithin nicht spezifisch auf den Syphiliserreger, sondern auf die Krankheit ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

**H. Noguchis einfache Methode der Serodiagnose der Syphilis,** von A. Calmette. (*Presse méd.* 1909. Nr. 26.) Diese Methode differiert von der Wassermannschen dadurch, dafs ein Menschenblutkaninchenserum statt eines Hammelblutkaninchenserums als Amboceptor verwandt wird. Nach Noguchi gibt die Wassermannsche

Methode zu einem Fehler Anlafs, weil das menschliche Serum eine wechselnde Quantität Amboceptoren enthält, welche das Komplement des Meerschweinchenserums wieder reaktivieren können. Viele menschliche Sera enthalten normaliter in 0,1 ccm bis zu 20 Antihammelamboceptoreinheiten. Da nun NOGUCHI nachwies, dafs vier solcher Einheiten die Auffindung einer Luesantikörpereinheit vollständig verhindern, so würde z. B. bei der Anwesenheit von acht normalen Antihammeleinheiten und zwei Luesantikörpereinheiten die Reaktion negativ ausfallen. Diese zwei Luesantikörpereinheiten könnten nachgewiesen werden, wenn es gelänge, die natürlichen Antihammelamboceptoren auszuschalten. NOGUCHI glaubt, dafs alle Fehler bei seiner Methode ausgeschaltet werden, da im hämolytischen System Menschenblutamboceptor mit menschlichem Blutserum verwandt wird und infolgedessen kein natürlicher fremdartiger Amboceptor zur Wirkung kommen kann. Infolgedessen wird die Reaktion empfindlicher.

Der Antimenschenblutamboceptor wird hergestellt, indem einem Kaninchen in fünftägigen Intervallen fünf- bis sechsmal steigende (bis 20 ccm) menschliche Blutkörperchen injiziert werden. Nach acht Tagen wird das Serum gewonnen, dessen Titer derartig sein soll, dafs die Hämolyse von 1 ccm Menschenblutemulsion (mit $^1/_4$ Tropfen Menschenblut hergestellt) bei Vorhandensein von 0,025 ccm Meerschweinchenserum vollkommen ist.

Die Methode wurde noch mehr vereinfacht durch Verwendung auf Papier getrockneter Reagenzien, deren Herstellung beschrieben wird. Die Resultate waren dieselben wie bei den flüssigen Reagenzien.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bei | 7 | Fällen | von | Primärlues | war positiv | WASSERMANN | 5 mal, | NOGUCHI | 7 | mal, |
| „ | 27 | „ | „ | Sekundärlues | „ „ | „ | 23 „ | „ | 27 | „ |
| „ | 12 | „ | „ | latent. Sek.-Lues | „ „ | „ | 6 „ | „ | 9 | „ |
| „ | 18 | „ | „ | Tertiärlues | „ „ | „ | 17 „ | „ | 17 | „ |
| „ | 18 | „ | „ | lat. Tertiärlues | „ „ | „ | 11 „ | „ | 14 | „ |
| „ | 28 | „ | „ | suspekter Lues | „ „ | „ | 16 „ | „ | 21 | „ |

*Gunsett-Strafsburg.*

**Zur Frage der Komplementbindungsreaktionen bei Syphilis,** von K. LANDSTEINER, R. MÜLLER und O. PÖTZL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 50.) Die Verfasser zeigen, dafs die Reaktionen mit alkoholischem wie mit wässerigem Extrakt von normalen tierischen Organen vollkommen parallel mit denen des Syphilisextraktes verliefen und dafs die Diagnose ebensogut mit Hilfe des alkoholischen Extraktes wie mit syphilitischem Organ gestellt werden konnte. *Schourp-Danzig.*

**Zur Frage der Herstellung von syphilitischen Antigenen,** von N. A. TSCHERNOGUBOW-Moskau. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 10.) Nach T. bieten die alkoholischen Extrakte aus syphilitischen Lebern in ihrer Eigenschaft als „syphilitische Antigene" bei der WASSERMANNschen Reaktion ihrer Wirksamkeit, Leichtigkeit der Darstellung und Haltbarkeit wegen bedeutende Vorteile. Am leichtesten darstellbar ist der alkoholische Extrakt aus getrockneten gesunden Lebern. Unter den Surrogaten des Leberextrakts taugt zu diagnostischen Zwecken das nach LANDSTEINER, MÜLLER und PÖTZL bereitete alkoholische Extrakt aus Meerschweinchenherzen.

*W. Lehmann-Stettin.*

**Eine Vereinfachung der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis,** von HUGO HECHT-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 10.) H. gibt einige technische Modifikationen seines früher geschilderten Verfahrens (s. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, S. 334 dieses Bandes) und berichtet über weitere 300 Fälle, die er nach seinem und nach WASSERMANNS Verfahren untersucht hat, und die nur insofern keine Überein-

stimmung zeigen, als in einer ziemlichen Anzahl von Fällen H.s Verfahren positiven Ausschlag gab, wo WASSERMANN negativ, also offenbar nicht so scharf war.

*W. Lehmann-Stettin.*

**Einige Bemerkungen zur Bewertung der Abortivbehandlung der Syphilis.** (*Ann. de la Policlinique.* 1908. Nr. 9.) Bericht über eine Diskussion zwischen DUHOT und DUBOIS-HAVENITH in der mediko-chirurgischen Gesellschaft zu Brabant. DUBOIS-HAVENITH behauptet gegenüber den bekannten Mitteilungen von DUHOT, daſs: 1. die von DUHOT empfohlene Abortivkur der Syphilis nicht immer imstande ist, das Auftreten sekundärer Erscheinungen zu verhindern und 2. daſs die nach intramuskulären Injektionen von grauem Öl und Kalomel ab und zu vorkommenden embolieähnlichen Zustände, die er mit MILIAN als „Colica thoracica“ bezeichnet, nicht auf Embolie beruhen und keine Folgen der mangelhaften Injektionstechnik sind, sondern vielmehr als Intoxikationserscheinungen zu betrachten sind.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Beitrag zur Frühbehandlung der Syphilis,** von ARNOLD LEDERER. (*Med. Klinik.* 1908. Nr. 49.) Auf Grund eigener Beobachtung von zehn Luesfällen plädiert Verfasser für die Frübehandlung der Syphilis. Auch in Fällen, wo es zu Sekundärerscheinungen kommt, sind dieselben nach Verfasser spärlich und deuten auf eine geringere Durchgiftung des Organismus. Die Beobachtung der Kranken seit Anfang der Behandlung dauerte nicht mehr als ein Jahr.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Atoxyl in der Syphilistherapie,** von JOSEPH OHLMANN. (Inaug.-Diss., Straſsburg 1909.) Im Tierexperiment hat sich das Atoxyl bei Lues in therapeutischer Hinsicht als Spezifikum bewährt, als präventives Mittel hat es sich selbst dem Quecksilber überlegen gezeigt. Bei der Behandlung der Syphilis der Menschen steht das Atoxyl an Wirkung dem Quecksilber bedeutend nach. Präventiv angewandt, vermag es in manchen Fällen das Sekundärstadium hinauszuschieben und eine rasche Überhäutung nicht gereizter erodierter Sklerosen herbeizuführen. Auch in den übrigen Stadien der Syphilis läſst sich ein Einfluſs des Mittels erkennen. Derselbe ist aber nur von gröſserer Bedeutung bei tertiärer Syphilis und bei Lues maligna. In diesen Stadien der Erkrankung, sowie bei anämischen oder tuberkulösen Syphilitikern ist Atoxyl im Verein mit Quecksilber zur Erzielung einer rascheren Heilung indiziert. In manchen Fällen, in denen eine Idiosynkrasie gegen Hg und Jod besteht, oder in denen sich diese beiden Medikamente als refraktär erweisen, ist das Atoxyl ein willkommenes Ersatzmittel. Das Atoxyl ist kein indifferentes Mittel und erfordert eine streng individualisierende Dosierung. *Fritz Loeb-München.*

**Das Atoxyl bei sekundärer und tertiärer Lues und bei einem Fall von parasyphilitischer Neuralgie des rechten Trigeminus,** von GIUSEPPE VERROTTI. (*Giorn. internaz. d. scienze med.* 1909. Nr. 3.) Das Mittel wurde in 22 Fällen von Lues angewandt, wobei V. zum Schlusse kommt, daſs das Atoxyl nicht nur keinen spezifischen Einfluſs auf die Syphilis hat, sondern daſs auch die modifizierende Einwirkung auf syphilitische Läsionen unsicher, unkonstant und im einzelnen Falle ungleichmäſsig auf die einzelnen Manifestationen ist. Auch in einem Falle von Trigeminusneuralgie bei einem Syphilitischen, wo weder Jod noch Hg, hingegen das Atoxyl von kurativer Wirkung war, konnte bei einem späteren Rezidiv dieselbe Wirkung durch ein anderes Arsenpräparat erzielt werden. V. glaubt, daſs nur das Arsen im Atoxyl das Wirksame ist. *Gunsett-Straſsburg.*

**Beiträge zur Kenntnis der Atoxylwirkung bei Syphilis, besonders bei ausschlieſslich lokaler Applikation,** von v. NOTTHAFFT-München. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 5 und 6.) N. hat 22 Syphilitiker mit Atoxylinjektionen be-

handelt und in weiteren 82 Fällen bei syphilitischen Haut- und Schleimhautaffektionen Atoxyl ausschliefslich lokal ohne irgend welche andere Therapie angewandt. Aus seinen Erfahrungen ergibt sich, dafs Atoxyl bei Syphilis nur unzuverlässig und viel weniger energisch und sicher wirkt als Quecksilber, ohne irgend welche Vorteile vor diesem zu bieten. Zwar kann es syphilitische Effloreszenzen jeden Stadiums auch bei rein lokaler Anwendung für sich allein zur Ausheilung bringen, aber die Behandlungsdauer ist länger als bei Quecksilber, die Heilung von kürzerer Dauer, Rezidive treten früher und häufiger ein und sind hartnäckiger. Überdies kann die Behandlung mit Atoxyl allein sehr häufig nicht zu Ende geführt werden, weil in der Hälfte der Fälle bei der gewöhnlichen Dosis Intoxikationserscheinungen wenn auch leichterer Art und zuweilen — ohne irgend welche Vorboten — die schwersten und bedrohlichsten Vergiftungssymptome auftreten. Selbst nach Gebrauch kleinerer Mengen, wie sie bei Hautkrankheiten gegeben werden, kommen Intoxikationserscheinungen vor; dabei spielen Idiosynkrasien eine Rolle. Schon bei den leichtesten Vergiftungssymptomen mufs die Atoxylanwendung abgebrochen werden; jedem Versuch, eine Intoxikation durch prophylaktische Verabreichung von Morphium zu verhüten oder unter Fortdauer der Atoxylkur durch Opium zu beseitigen, ist aufs dringendste zu widerraten. In Verbindung mit einer nachfolgenden Quecksilberkur scheint Atoxyl den Ausbruch der Sekundärsymptome zuweilen zu verhüten; dagegen ist gleichzeitige Anwendung von Atoxyl und Quecksilber nicht unbedenklich. — Wegen seiner geringeren Wirksamkeit und seiner unberechenbaren Toxicität ist Atoxyl nur bei maligner Syphilis und bei Quecksilberidiosynkrasie indiziert; eine länger fortgesetzte Atoxylmedikation ist aber unter allen Umständen gefährlich. Wahrscheinlich sind weder die Intoxikationserscheinungen, noch die Heilungsvorgänge eine einfache Arsenwirkung.

*Götz-München.*

**Atoxyl bei Syphilis,** von Rapiport. (*Wratschelnaja Gaseta.* 1909. Nr. 10.) In acht Fällen von teils maligner Syphilis, teils von Syphilis bei geschwächten Personen hat Verfasser das Atoxyl, in der Dosis von 0,1—0,2, jeden zweiten bis dritten Tag injiciert und im ganzen ca. 10—15 Einspritzungen gemacht. Mit dem Resultat der Behandlung ist Verfasser zufrieden und zieht es den anderen Arsenikpräparaten vor, wenn Syphilitikern Arsenik gegeben werden mufs. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Die abortive Frühbehandlung der Syphilis,** von Sack. (*Wratschelnaja Gaseta.* 1909. Nr. 10.) Nach einer literarischen Übersicht berichtet Verfasser über einen eigenen Fall, wo sofort nach Auffinden der Spirochaeta pallida der Primäraffekt nach der Holländerschen Methode ausgebrannt und eine allgemeine Kur eingeleitet wurde. Im Laufe der nächsten fünf Monate ist es bisher nicht zum Ausbruch von allgemeinen Erscheinungen gekommen. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Über Luesan,** von Piorkowski-Berlin. (*Allg. Medic. Centr.-Ztg.* 1909. Nr. 5.) Luesan ist ein den Jodglidinen analog gebildetes Quecksilberglidin in Form von Tabletten mit einem Quecksilbergehalt von 0,011. Die Versuche Ps. an Kaninchen ergaben leichte Resorbierbarkeit des Präparates bei milder Wirkung.

*Schourp-Danzig.*

**Zur Therapie der Syphilis,** von S. Schwarz-Konstantinopel. (*Therap. Monatsh.* Juni 1908.) Autor liefs in 15 Jahren etwa 1000 mal interne Hg-Kuren machen nach folgender Anweisung: Rp. Sozojod. hydrarg. 0,60, Extr. opii 0,18, Pulv. et Extr. liquirit. āā q. s. ut f. pilulae Nr. 36. Konsp. S. dreimal täglich zwei Stück nach der Mahlzeit. Bei der zweiten und folgenden Ordination wird die Opiumdosis fortgelassen. Das Sozojod. hydrargyri besteht aus: 33,06 % Hg und 40,62 % Jod. Sechs Pillen (Tagesdosis) enthalten also 0,032 Hg. Nebenerscheinungen sind angeblich selten. Das Präparat wird als gut wirksam empfohlen. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Die Syphilis in den Tropen, deren Verlauf und Behandlung,** von Hugo Zechmeister. (*Arch. f. Schiffs- und Tropen-Hygiene.* 1908. Nr. 11.)

**Syphilisbehandlung mit Mergal,** von R. Polland-Graz. (*Österr. Ärzte-Zeit.* 1909. Nr. 2.)

**Gumma der Netzhaut, mit Mergal geheilt,** von Edmund Rosenhauch-Krakau. (*Wochenschr. f. Therapie und Hygiene des Auges.* 1909. Nr. 20.) In den drei Artikeln berichten die Autoren über gute Dienste, die ihnen das Mergal bei der Behandlung von luetischen Erscheinungen leistete. (Es wäre angebracht, mehr hervorzuheben, daſs das Mergal nur einen unvollkommenen Ersatz für Schmier- und Spritzkuren darstellt und daſs die bisherigen internen Mittel mindestens ebenso wirksam sind als Mergal. — Der Ref.) *Gunsett-Straſsburg.*

**Die wichtigsten Erfolge auf dem Gebiete der Syphilidologie im Jahre 1908,** von Tschlenow. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1909. Nr. 4—6.) Der redaktionelle Teil der Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten für das in Moskau erscheinende, allgemein medizinische Journal „*Medicinskoje Obosrenje*" ist seit dem Januar 1909 in die Hände des Privatdozenten Tschlenow übergegangen, der als erste Arbeit eine vorzügliche, peinlich genaue Übersicht über alle im Jahre 1908, auf dem Gebiete der Syphilidologie erschienenen Arbeiten liefert. *Arthur Jordan-Moskau.*

**Bemerkungen über den heutigen Stand der Diagnose, Behandlung und Prognose der Syphilis,** von J. Johnston Abraham-London. (*The Dublin Journ. Med. Science.* Bd. III, Nr. 446.) Zusammenfassende Darstellung, ohne Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

**Zur Frage der sogenannten Syphilisimmunität und der syphilitischen Hodeninfektion bei Affen,** von A. Buschke und W. Fischer. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1909. Nr. 15.) Die nach Parodischem Verfahren ausgeführten Hodenimpfungen bei zwei Makaken mit floriden Syphilissymptomen führten nach einer Inkubationszeit von drei bis vier Wochen zu einer eigenartigen Schwellung der geimpften Hoden. Diese vergröſserten sich ohne entzündliche Reizung einen Monat lang und nahmen dann an Volumen wieder ab. Histologisch wies der Befund groſse Ähnlichkeit mit den beim Menschen beobachteten tertiärsyphilitischen interstitiellen Produkten, insbesondere mit der interstitiellen Orchitis auf.

Gleichzeitige Hautimpfungen ergaben Hautimmunität.

Die Autoren kommen zu dem Wahrscheinlichkeitsschluſs, daſs ihnen bei zwei florid syphilitischen Affen, die einer Neuinfektion der Haut unzugänglich waren, eine Haftung neu eingeführten Kontagiums gelungen ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Parasitenbefunde bei menschlicher Syphilis,** von Erich Hoffmann-Berlin. (Berichte aus dem sechsten internationalen dermatologischen Kongreſs.) Referat über den heutigen Stand der Lehre von der Syphilisspirochäte. Nichts Neues. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Das Treponema pallidum in der syphilitischen Placenta,** von Rudolfo Stanziale-Neapel. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 49, Heft 5.) St. hatte Gelegenheit, in neun Fällen, wo die Syphilis in sicherer Weise bei der Mutter, beim Vater oder bei beiden Eltern festgestellt wurde und wo in allen eine aktive merkurielle Behandlung durchgemacht worden ist, die Placenten zu untersuchen und dieselben zeigten beinahe alle die groben Merkmale sowie die histologischen Veränderungen der Syphilis. Die Untersuchung auf Spirochäten fiel jedoch in allen Fällen, mit Ausnahme eines einzigen, wo der Fötus vor der Geburt gestorben ist, negativ aus und auch in diesem Falle war die Zahl der Parasiten eine geringe. Die Resultate zeigen, daſs der Befund von Treponemen in der syphilitischen Placenta gar nicht häufig ist; die Seltenheit oder das Fehlen der spezifischen Elemente kann, wie St. aus seinen Beobachtungen schlieſsen

möchte, mit grofser Wahrscheinlichkeit der während der Schwangerschaft ausgeführten spezifischen Behandlung zugeschrieben werden; dies würde auch wiederum ein indirekter Beweis für die Spezifität des Treponema in der Ätiologie der Syphilis sein. Jedenfalls aber kann das Fehlen der Treponemen in der Placenta nicht zu dem Schlusse führen, dafs die Syphilis im Fötus auszuschliefsen sei. *Stern-München.*

**Die Bedeutung der modernen Syphilisforschungen, besonders der Serumdiagnostik für die Klinik der Syphilis**, von Jadassohn-Bern. (*Correspond.-Bl. f. Schweizer Ärzte.* 1909. Nr. 5.) Zusammenfassende Darstellung, ohne Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

**Wann soll sich der Arzt der Wassermannschen Serumreaktion bedienen?** von Ludwig Meyer-Berlin. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1909. Nr. 9.) Nicht nur bei luesverdächtigen Erscheinungen, sondern auch nach jeder Quecksilberkur will M. eine Serumreaktion vorgenommen wissen, um festzustellen, inwieweit das Hg den Blutbefund beeinflufst hat. Er will bei negativem Befund im Sekundärstadium das Blut alle sechs Monate untersuchen lassen, im Tertiärstadium alle zwölf Monate. Bei dem Heiratskonsens ist eine Negativität vor Eingang der Ehe zu erstreben. Der positive Befund ist als sicheres Zeichen virulenter Lues anzusehen und diese Erscheinung ist ebenso diagnostisch zu verwerten und therapeutisch zu bekämpfen wie alle anderen Luessymptome. *Schourp-Danzig.*

**Über die Seroreaktion auf Syphilis nach Wassermann**, von M. Löhlein. (*Fortschr. d. Med.* 1909. Nr. 3.) Die Untersuchungen Löhleins erstrecken sich auf 250 Sera, davon 101 Leichenseris. Von den acht lebenden Kontrollfällen reagierte einer positiv, von 91 Leichenkontrollfällen vier. Die klinische Spezifität der Reaktion erleidet also, wenn auch selten, Ausnahmen. In diagnostisch wichtigen Fällen hat man sich durch Verwendung mehrerer Extrakte und zahlreicher Kontrollen vor Irrtümern möglichst zu schützen. Ein positiver Ausfall berechtigt mit einer an Gewifsheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zur Annahme einer stattgehabten Infektion, ein negativer läfst nicht den gegenteiligen Schlufs zu. *Haas-Hamburg.*

**Die Bedeutung der Wassermannschen Serumreaktion für die Differentialdiagnose der chirurgischen Syphilis**, von W. Baetzner-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 7.) An einem Untersuchungsmaterial von 120 Kranken der chirurgischen Klinik hat B. Beobachtungen mit der Wassermannschen Reaktion angestellt und bestätigt den grofsen diagnostischen Wert derselben. Fehlschlüsse sind ihm allerdings auch nicht erspart geblieben. Von 25 Fällen, bei denen die Methode sich besonders nützlich erwies, sind die Hauptmomente der Krankengeschichte übersichtlich mitgeteilt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die Wassermannsche Reaktion bei „aktiven" und „inaktiven" Sera**, von Harald Boas-Kopenhagen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 9.) „Die W.sche Reaktion tritt bei aktivem Serum bei den verschiedensten nichtsyphilitischen Krankheiten bedeutend häufiger ein als bisher angenommen wurde, während dieselben Sera in inaktivem Zustande keine Reaktion ergeben. Bei Syphilis ist die Reaktion mit aktivem Serum weit feiner, tritt früher im Anfangsstadium ein und besteht länger während der Behandlung. Praktisch ist die Reaktion mit aktivem Serum nicht brauchbar." *Arthur Schucht-Danzig.*

**Zur Serodiagnostik der Syphilis**, von J. B. Beckers-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 11.) Verfasser verfügt über eine Serie von 350 Kranken, bei denen er die Serumprobe auf Syphilis ausgeführt hat, darunter 80 Prostituierte. Im allgemeinen bringt die Arbeit nur eine Bestätigung der Tatsache, dafs die Methode ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel ist, aber einzelne Fehldiagnosen nicht ausschliefst. B. gebrauchte sowohl die Bauersche Modifikation, als auch die ursprüng-

liche WASSERMANNsche Vorschrift. Das zu untersuchende Blut entnahm er durch Venenpunktion an der Ellenbeuge. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Die WASSERMANNsche Reaktion bei kongenitaler Syphilis,** von OLUF THOMSEN und HARALD BOAS-Kopenhagen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 12.) „Die serologische Untersuchung des Blutes des Säuglings und die anatomische Untersuchung der Nabelschnur (und Placenta) ergänzen sich bei der Entscheidung, ob das Kind latent syphilitisch oder gesund ist.

Eine positive W.sche Reaktion bei der Mutter verringert die Aussicht darauf, dafs das Kind gesund geboren werden wird.

Im Organismus des latent syphilitischen Kindes findet während der ersten Monate eine Vermehrung der bei der positiven W.schen Reaktion wirksamen Stoffe statt. Die Reaktion kann bei der Geburt ganz fehlen.

Bei kleinen Kindern mit klinischen Symptomen an kongenitaler Syphilis scheint positive Reaktion konstant zu sein, ebenso bei älteren Individuen mit tardiver hereditärer Syphilis.

Möglicherweise können in einzelnen Fällen Stoffe, welche positive Reaktion beim Kinde bewirken, die Placenta von der syphilitischen Mutter passieren, ohne dafs das Kind infiziert wird.

Mütter, welche syphilitische Kinder gebären, sind selbst als syphilitisch anzusehen, wenn ihr Blut positive W.sche Reaktion gibt.“ *Arthur Schucht-Danzig.*

**Eine für die Praxis geeignete leicht ausführbare Methode der Serumdiagnose bei Syphilis,** von HIDEYO NOGUCHI-New York. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 10.) Die hier mitgeteilte Methode, deren Einzelheiten in der Originalabhandlung nachgelesen werden mögen, stellt in der Tat eine wesentliche Vereinfachung dar, und nach den an 223 Fällen ausgeführten und durch gleichzeitige Prüfung mit dem ursprünglichen WASSERMANNschen Verfahren bestätigten Untersuchungen des Verfassers zu schliefsen, ist damit nichts an Zuverlässigkeit eingebüfst, sondern eher das Gegenteil. Als eine ganz wesentliche Erleichterung zur Ausführung der Reaktion ist die Herstellung von Trockenpräparaten, Antigen und Ambozeptor, zu bezeichnen. Verfasser imprägniert Filtrierpapier mit abgemessenen Mengen derselben und stellt unter geeigneten Kautelen auf diese Weise je nach der Gröfse des verwendeten Stückes des imprägnierten Papiers das betreffende Quantum Antigen und Ambozeptor her. Auch das Komplement läfst sich in Reagenzpapierform festhalten, doch ist das frische Präparat stets zu bevorzugen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

**Zur technischen Vervollkommnung des serologischen Luesnachweises,** von J. BAUER-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 10.) B. hat schon mehrfach über Vereinfachung und Verfeinerung der Technik der WASSERMANNschen Reaktion berichtet; das Wesentliche seiner Methodik, an der er anderen Autoren gegenüber festhält, fafst er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Man mufs beim serologischen Luesnachweis stets mit frischem Meerschweinchenserum arbeiten. Hat man viel Serum gewonnen, so friert man es in kleinen Portionen ein, die man nach Bedarf einzeln auftauen kann.

2. Die Kombination von künstlichem und natürlichem Ambozeptor erweist sich nicht nur als überflüssig, sondern unter Umständen als schädlich, weil durch den hierbei geschaffenen Ambozeptorüberschufs eine positive Reaktion in eine negative verwandelt werden kann.

3. Bei Verwendung des Hammelblutsystems gebraucht man als Ambozeptor den im Menschenserum natürlicherweise vorkommenden. Es ist nicht nur die Bequemlichkeit und Vereinfachung der Methodik, die es empfiehlt, nur mit natürlichem Ambozeptor zu arbeiten, sondern auch die Feinheit der Reaktion.

4. Als Mafs für den Ambozeptorgehalt des Serums dient eine bestimmte Zeit; d. h. der Ambozeptorgehalt ist ausreichend, wenn die Kontrolle ohne Organextrakt in 20 Minuten etwa gelöst ist. Im Falle der späteren Lösung setzt man neuen, natürlichen Ambozeptor in ausreichender Menge zu.

5. Das Rinderblutsystem ist zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion nicht notwendig; bei vorschriftsmäfsigem Anstellen der Reaktion genügt das Hammelblutsystem allen Anforderungen. *Götz-München.*

**Über die von Bauer vorgeschlagene Technik der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion,** von E. Meirowsky-Cöln. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 4.) Die Bauersche Modifikation: Ersetzung des hämolytischen Kaninchenambozeptors durch die schon normalerweise im menschlichen Serum vorkommenden Ambozeptoren gegen Hammelblutkörperchen, hat zunächst die Mängel, dafs in einer ganzen Reihe von Seren der normale Ambozeptorengehalt so gering ist, dafs es bei diesen notwendig wird, das Prinzip Bauers zu durchbrechen und einen künstlichen Ambozeptor zum Versuch hinzuzusetzen: nämlich bei Säuglingen, die überhaupt noch keinen Ambozeptor gegen Hammelblut besitzen und nach Autors Erfahrungen bei 10% der Seren Erwachsener.

Da also unter Umständen der Versuch mit geänderter Technik zu wiederholen ist, bedeutet die Modifikation keine wesentliche Vereinfachung. Die angebliche Verfeinerung der Reaktion bei der Bauerschen Methode bietet die Gefahr, dafs bei Zusammentreffen stark alleinhemmender Seren mit alleinhemmenden Extrakten eine positive Reaktion vorgetäuscht wird.

Nach M.s bisherigen vergleichenden Versuchen scheint der starke Kaninchen-Hammelblutambozeptor die Reaktion nicht zu verdecken. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Die bisherigen Ergebnisse der Wassermannschen Syphilisreaktion,** von H. Hecht-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 50.) Referierender Vortrag, ohne eigene Untersuchungsresultate. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Ibsen in den „Gespenstern"; ein Prediger von den Folgen der hereditären Syphilis,** von A. Ravogli-Cincinnati. (*Prophylaxis.* Bd. 1. Nr. 1.) Der Verfasser hebt hervor, wie Ibsen es verstanden hat, an Oswald Alving die trüben Folgen der ererbten Lues zu schildern. *Schourp-Danzig.*

**Zur Prognose der hereditären Lues,** von J. Peiser-Breslau. (*Ther. Monatsh.* April 1909.) Peisers Statistik aus der Breslauer Kinderklinik umfafst 101 Fälle. Bei einem Drittel derselben traten nach Ablauf der ersten Manifestierung der hereditären Lues später wieder Krankheitserscheinungen auf. Über die Hälfte dieser Kinder, welche Rezidive bekamen, war spezifisch behandelt worden. Fälle von schwerer Anämie bei hereditär-luetischen Kindern sind selten. Bezüglich Rachitis sprechen die Resultate der Statistik gegen einen engeren Zusammenhang mit hereditärer Lues. Über die Frage nach Beziehungen zwischen hereditärer Lues und Nerven- bezw. Geisteskrankheiten läfst das Material ein endgültiges Urteil nicht zu; unter 101 Kindern waren 6 imbezill. Ein Teil dieser Kinder gehört zu den Dégénérés, für deren abnorme Veranlagung neben anderen Momenten Neuro- und Psychopathie der Aszendenz in Betracht kommt. Unter 59 Fällen nach dem zweiten Lebensjahre beobachtete P. nur zweimal Tuberkulose und hält es nicht für bewiesen, dafs eine engere Beziehung zwischen hereditärer Lues und Tuberkulose besteht. Die Stigmata hereditärer Lues sind bei Kindern jenseits des Säuglingsalters nicht häufig. Von den 59 Fällen hatten 12 eine palpable Milz, 3 Narben von Lippenrhagaden, die das Lippenrot überschritten, 4 Sattelnase, 1 Hutchinsonsche Zähne angedeutet, 2 Keratitis parenchymatosa, 3 Periostitis tibialis und 9 Kubitaldrüsen. In schlechtem, aber immerhin leidlichem Allgemeinzustand befanden sich 23 = 39%, in schlechtem 14 = 24% der Kinder.

Die starke Mehrheit der erbsyphilitischen Kinder ist daher nicht als dystrophisch zu betrachten.

Aufser der seltenen malignen Syphilis bieten die erbsyphilitischen Frühgeburten eine schlechte Prognose. „Solche Kinder dagegen, welche ausgetragen und mit normalem Geburtsgewicht zur Welt gekommen sind und erst nach einigen Wochen Symptome ihres angeborenen Leidens erkennen lassen, geben bei sachgemässer Behandlung hinsichtlich ihrer Allgemeinentwicklung eine Prognose, welche ad bonam vergens bezeichnet werden darf." *Arthur Schucht-Danzig.*

**Hereditäre Syphilis und Stillen,** von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 11.) Mitteilung über die luetische Infektion einer Amme durch einen hereditärsyphilitischen Säugling; der Primäraffekt hatte seinen Sitz an der linken Brustwarze. Die Frau stillte mit dem fremden, kranken Kinde auch ihr eigenes; da dieses 35 Tage nach dem Auftreten des Schankers noch frei von luetischen Erscheinungen war, ist es der Infektion möglicherweise entgangen. *Götz-München.*

**Hereditäre Syphilis und Arthritis,** von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 16.) Kurze Mitteilungen über ein 19jähriges Mädchen, das während seiner ganzen Kindheit hereditär-syphilitische Erscheinungen dargeboten hatte und seit drei Monaten an einer schmerzhaften Schwellung des linken Knies leidet. Der Erfolg einer antisyphilitischen Kur wird lehren, ob es sich um eine luetische oder tuberkulöse Gelenkaffektion handelt. *Götz-München.*

**Ein Fall von Lues hereditaria mit besonderer Berücksichtigung der Gelenkaffektion,** von Hermann Judenfeind - Hülsse. (Inaug. - Dissert. Berlin 1909.) Ein augenblicklich 16jähriges, erblich belastetes Mädchen, zeigt neben bedeutenden Drüsenschwellungen und neben anderen deutlich ausgesprochenen Symptomen der hereditären Lues (Hutchinsonsche Trias) folgende Gelenkerscheinungen: neben zeitweise auftretenden Schmerzen im Schultergelenk, die aber unter Alkoholumschlägen und Jodvasogenapplikation bald verschwanden, zeigen sich besonders die Interphalangeal- (Mittel-) und Metacarpophalangeal - Gelenke am ersten, dritten, vierten und fünften Finger der rechten Hand und am vierten und fünften Finger der linken Hand affiziert; mit diesen Erscheinungen ist die Wegnersche Knochenerkrankung (Osteochondritis epiphysaria) an den betreffenden Phalangen verbunden. Die Erkrankung hat an dem vierten und fünften Finger der rechten Hand eine Ankylose in den Interphalangealgelenken und eine daraus resultierende deutliche Kontraktur- und Krallenstellung zur Folge. Durch die radiologische Untersuchung wird über die spezifische Natur der Knochen- und Gelenkerkrankungen in deutlicher Weise Aufklärung gegeben. Neben der entsprechenden antiluetischen Allgemeinbehandlung mit Jod und Quecksilber (Patientin nahm in 1½ Jahren 210 g Jodkali und machte zwei vollständige Schmierkuren) wird für die Gelenkerkrankungen die Biersche Stauungstherapie angewendet. Der Erfolg dieser Behandlungsweisen war ein zufriedenstellender: nicht nur die subjektive Schmerzhaftigkeit ist beseitigt, sondern auch die objektiv nachweisbaren Schwellungen und Kontrakturen sind, wenn auch nicht vollkommen gehoben, so doch auf das günstigste beeinflufst und erheblich zurückgegangen. Abgesehen davon, dafs sonst in der Literatur nur ein verhältnismäfsig geringes Beobachtungsmaterial von Fällen mit hereditär-luetischen Gelenkleiden vorliegt, ist der hier beschriebene Fall durch verschiedene andere Punkte, wie z. B. das Lebensalter, in dem die Patientin von der Erkrankung befallen war und die Lokalisation der Gelenkerkrankungen, bemerkenswert. *Fritz Loeb-München.*

**Zur Kenntnis des harten Schankers in der Nasenhöhle,** von K. M. Menzel-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 7.) Fall einer Primärsklerose an der Nasenflügelwand bis zum vorderen Ende der unteren Muschel. In der entsprechenden

Submaxillargegend fand sich eine pflaumengroſse, harte Drüse; am Körper Roseola und multiple Lymphdrüsenschwellungen. Der Spirochätennachweis gelang. Während der Inunktionskur verwandelte sich die Unterkieferdrüse in eine diffuse Geschwulst, so daſs eine Verwechselung mit dem Symptomenkomplex der Angina Ludovici nahe lag. *Schourp-Danzig.*

**Zur Diagnose der intraurethralen Initialsklerose,** von Richard L. Grünfeld. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 9.) Ein 41jähriger Mann mit akuter Blennorrhoe erwarb eine Primärsklerose dicht hinter der Glans in der Urethra. Im Schabsekret aus der Urethralwand wurden Spirochaeta pallida gefunden. Mit dem Moment, wo das Ulcus durum endourethrale in die Erscheinung trat, kam die Blennorrhoe ohne Anwendung lokaler Therapie zum Stillstand. *Schourp-Danzig.*

**Die Exzision des Schankers,** von G. Frank Lydston-Chicago. (*New York med. Journ.* 20. März 1909.) L., in früheren Jahren ein eifriger Anhänger der Radikalentfernung des Primärherdes, welche den weiteren Verlauf des Leidens günstig zu beeinflussen schien, beschränkt die Exzisionen jetzt nur mehr auf jene Fälle, wo aus „häuslichen Gründen" es absolut notwendig ist, den Initialaffekt aus dem Wege zu räumen. Was die Spirochaeta pallida betrifft, so gibt er die Wahrscheinlichkeit zu, daſs es sich bei ihr um den Erreger der Syphilis handelt, möchte aber trotzdem nicht auf deren Befund allein die Diagnose der Syphilis gegründet wissen. Die Allgemeinbehandlung sollte bei jedem Primäraffekt eingeleitet und nicht das Auftreten von Sekundär- (Haut- usw.) Erscheinungen abgewartet werden. Schlieſslich erwähnt L., daſs Martineau in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts positive Impfresultate mit „syphilitischem Virus" am Penis des Affen erzielte und denselben mit dem Primäraffekt, sowie mit späteren Sekundärerscheinungen vor der französischen Akademie demonstrierte, ein Versuchsresultat, welches auch Lydston im Jahre 1885 in seinen „Vorlesungen über Syphilis" angeführt habe, das aber völlig in Vergessenheit geraten sei. *Stern-München.*

**Statistik der im Jahre 1908 beobachteten Syphilisfälle,** von R. Duhot. (*Ann. de la Policl.* 1909. Nr. 2). Verfasser behandelte im Jahre 1908 289 neue Syphilisfälle, fast durchweg mit Injektionen von Oleum cinereum. Im ganzen wurden vom Verfasser seit dem Jahre 1906 22 500 Injektionen von grauem Öl gemacht, und auf Grund seines Materials betrachtet Verfasser seine Behandlungsmethode als die souveränste. Nur so kann die vom Verfasser so energisch vertretene Abortivbehandlung der Syphilis mit Erfolg durchgeführt werden. Die frühzeitige Exzision des harten Schankers soll in allen Fällen tunlichst versucht werden. Die Wassermannsche Reaktion scheint berufen zu sein, ein ausgezeichnetes Hilfsmittel zur Beurteilung der Energie der Behandlung zu bilden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über Syphilisfälle ohne rechtzeitige Hauterscheinungen,** von von Watraszewski-Warschau. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1909. Nr. 7 u. 8.) v. W. beobachtete 10 Fälle, bei welchem die erste Roseola syphilitica erst in der Zeit vom vierten bis sechsten Monat nach der Infektion auftrat, und 15 Fälle, in denen die Hauterscheinungen völlig ausblieben. In keinem Falle wurde den Kranken vor Auftreten der Allgemeinerscheinungen Quecksilber verabreicht. Alle Fälle zeichneten sich durch ihren benignen Charakter aus; die Lymphdrüsen waren deutlich in Mitleidenschaft gezogen; Körpergewicht und Allgemeinbefinden änderten sich erst dann zum Nachteile, wenn die verspäteten Hauterscheinungen, bezw. andere Symptome konstitutionellen Charakters zum Vorschein kamen; diese Symptome schwanden in der spezifischen Behandlung schnell; Rezidive waren selten; die Prognose der Fälle war, bei rationeller Therapie, günstig. *Schourp-Danzig.*

**Beitrag zur Frage über das Auftreten der Alopecia syphilitica,** von D. Seldowitsch. (Inaug.-Dissert. Berlin 1908.) A. Alopecia circumscripta: 1. Die Alopecia circumscripta ist ein ausgesprochenes Symptom der Frühsyphilis. 2. In 75% der Fälle entwickelt sich die Alopecia circumscripta am Ende des dritten und im vierten Monat nach der Infektion. 3. In den selteneren Fällen kann die Alopecia circumscripta sich auch in späteren Monaten bis zu einem Jahr nach der Infektion zurzeit des Abklingens eines Rezidivexanthems entwickeln. 4. Die Alopecia circumscripta beruht auf lokalen Ernährungsstörungen und wird durch die Eruption von Effloreszenzen auf dem behaarten Kopfe hervorgerufen. 5. Die Alopecia circumscripta wird in vereinzelten Fällen in Bart, Schnurrbart und Augenbrauen angetroffen. — B. Alopecia diffusa: 1. Die Alopecia diffusa stellt ein ausgesprochenes Eruptionssymptom dar. 2. Es kommt in der Mehrzahl der Fälle in der siebenten bis zwölften Woche nach der Infektion vor oder nach der Eruption des ersten Exanthems. 3. Die Alopecia diffusa kann die Rezidivexantheme der sekundären Periode einleiten und begleiten, unabhängig davon, ob sie zur Zeit des ersten Exanthems aufgetreten ist. 4. Die Alopecia diffusa befällt in selteneren Fällen den Bart, Schnurrbart, Augenbrauen und Cilien. 5. Die Alopecia diffusa ist als eine allgemeine Ernährungsstörung, durch das syphilitische Virus hervorgerufen, aufzufassen. *Fritz Loeb-München.*

**Die Chirurgie der Syphilis,** von G. Frank Lydston-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 8.) L. weist darauf hin, daſs syphilitische Veränderungen nicht immer nur durch spezifische Behandlung allein beseitigt werden sollen, sondern daſs bei Knochenkaries und Sequesterbildung, bei hyperplastischen Tumoren, bei gummösen Infiltrationen der Zunge und anderen Prozessen bei Syphilitikern neben Jod- und Quecksilberbehandlung der chirurgische Eingriff notwendig ist.

*Schourp-Danzig.*

**Verblutung bei Lues florida,** von H. Lepa-Rixdorf. (*Allg. Med.-Central-Zeit.* 1909. Nr. 10.) Bei einer frisch Entbundenen, welche angeblich vor drei Monaten luetisch infiziert war, trat nach der Plazentalösung ein anhaltendes, unstillbares Rieseln von dunklem Blut auf, so daſs der Exitus erfolgte. Der Verfasser nimmt an, daſs — da die Gefäſswandungen den ersten Angriffspunkt der Lues bilden, — die mangelnde Kontraktionskraft des Uterus auf eine luetische Infiltration der Gefäſswandungen zu beziehen ist. *Schourp-Danzig.*

**Über Syphilis der Schilddrüse,** von F. Rosenhauer-Hamburg. (*Mitteil. a. d. Hamburgisch. Staatskrankenanstalten.* Bd. IX, Nr. 4.) Aus der Literatur zitiert R. zwölf Beobachtungen syphilitischer Erkrankungen der Thyreoidea, von denen fünf auf hereditäre, sieben auf erworbene Lues zu beziehen sind. In diesen Fällen handelte es sich zehnmal um eine gummöse Erkrankung der Schilddrüse und nur zweimal wahrscheinlich vorwiegend um einen diffusen entzündlichen Prozeſs in der Thyreoidea. Diesen beiden reiht sich als dritter Fall die von R. beschriebene Beobachtung an: eine 63jährige Frau mit schweren syphilitischen Haut- und Knochenveränderungen wies eine fast totale Zerstörung der Schilddrüse auf mit Bildung fibrösen Gewebes und mit Anwesenheit kleiner Rundzellenherde; Symptome einer Cachexia strumipriva fehlten.

Auf Grund der angeführten Beobachtungen können also zwei Formen von Syphilis der Schilddrüse unterschieden werden: erstens die Bildung circumskripter Gummen in dem mehr oder weniger normal gebliebenen Organ, zweitens die diffuse Erkrankung des Organs mit fibröser Atrophie des Gewebes. Die Anwesenheit der Rundzellenherde macht es wahrscheinlich, daſs es sich dabei mutmaſslich um einen diffusen interstitiellen Prozeſs handelt, der erst sekundär zum Schwund der Drüsensubstanz führt.

*Schourp-Danzig.*

**Gumma der Glandula pituitaria**, von C. E. Wood-Washington. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 9.) Ein 37jähriger Mann, dessen Freunde seine Syphilisinfektion kannten und angaben, erkrankte unter den Erscheinungen einer Apoplexia mit Bewufstlosigkeit, Ptosis des linken unteren Augenlides und Papillitis des linken Nervus opticus. Auf Jodkaliumdarreichung erholte er sich, behielt aber eine Aphasie zurück. Er starb bald an Pneumonie. Bei der Autopsie fand sich ein rofskastaniengrofses Gumma auf der Sella turcica. *Schourp-Danzig.*

---

# Verschiedenes.

**XVI. Internationaler medizinischer Kongrefs.** Budapest, vom 29. August bis 4. September 1909. Adresse: Budapest (Ungarn), VIII. Esterházy-utcza 7. Die Aufnahme der Mitglieder dauert bis zur Eröffnung des Kongresses, jedoch ist es, um Fahrpreisermäfsigung zu erhalten, dringend angezeigt, sich baldmöglichst einschreiben zu lassen. Das Generalsekretariat befindet sich bis 24. August VIII., Esterházy-utcza 7. Von Mittwoch, den 25. August ab VIII., Muzeum-körut 6/8, in dem Hauptgebäude der alten polytechnischen Hochschule, dem Sitze aller Dienstzweige des Kongresses.

Allgemeine Sitzungen. Während der Sitzungen des Kongresses werden sechs allgemeine Sitzungen — ohne Diskussion — abgehalten. Das Programm ist folgendes: G. Baccelli-Rom: Le vene aperte ai medicinali eroici. E. F. Bashford-London: On Cancer. M. Gruber-München: Vererbung, Auslese und Hygiene. R. Kutner-Berlin: Über das ärztliche Fortbildungswesen (im Auftrage des „Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preufsen".) A. Laveran-Paris: La Pathologie exotique. J. Loeb-Berkeley: Artificial Parthenogenesis and its Bearing upon the Physiology and the Pathology of the Cell. — Die erste Nummer des Kongrefs-Journals wird Ort, Tag und Stunde dieser Sitzungen bekannt geben. Die Herren Kongrefsmitglieder und die teilnehmenden Damen können nur gegen Vorweisung ihrer Legitimationskarten an diesen Sitzungen teilnehmen. — An einem der Kongrefstage wird Herr E. Holländer-Berlin einen Vortrag: „Krankheitsdarstellungen aus der vorkolumbischen Epoche" abhalten.

Sektion XIII:

Dermatologie und venerische Krankheiten. Bureau: Geschäftsführender Präsident: S. Róna, VI, Váczi-körút 59, Budapest. Kopräsidenten: A. Havas, Th. Marschalkó-Kolozsvár, L. Nékám, L. Török. Geschäftsführender Sekretär: E. Basch, IV., Kigyó-tér 1, Budapest. Mitglieder: S. Beck, J. Csillag, M. Dobrovits-Pozsony, F. Poór, M. Schein. Schriftführer: M. Csiky-Kolozsvár, J. Guszmann, B. Kollarits, Ch. Preis, A. Róth, R. Róth.

Referate: Blaschko-Berlin: Die Serodiagnostik der Syphilis. Campana-Rom: Il trattamento del lupus volgare in rapporto alla patogenia. Darier-Paris: Des sarcoïdes cutanées et sous-cutanées; leurs rapports avec les sarcomes, les lymphodermies, la tuberculose, usw. Degrais-Paris, vide Wickham. Dominici-Paris, avec la collaboration de M. Barcat: La radiumthérapie des tumeurs malignes épithéliales de la peau et des muqueuses dermopapillaires. Ehrmann-Wien. Reinokulation, Superinfektion, Reinfektion und Immunität bei Lues. Finger-Wien: Die Hautatrophien (Atrophia diffusa, Anetoderma, Atrophia maculosa) und deren Verhältnis zur Sklero-

dermie. FORDYCE-New York: The so-called tuberculides or paratuberculous group of affections. HALLOPEAU-Paris: Sur les progrès récents dans l'étude clinique de l'évolution de la syphilis. HOFFMANN-Berlin: Die Ätiologie der Lues. JADASSOHN-Bern: Die Pathologie des Lupus erythematosus. KREIBICH-Prag: Die Angioneurosen und die hämatogenen Hautentzündungen. LANG-Wien: Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Rücksicht auf die Pathogenese. LENGLET-Paris: L'emploi des Rayons X en dermatologie. MORRIS-London: The treatment of Lupus erythematosus. PETERSEN-St. Petersburg: Die physikalische Behandlung der Hautkrankheiten. PHILIPPSON-Palermo: Die Angioneurosen und die hämatogenen Hautentzündungen. ROSENTHAL-Berlin: Die Angioneurosen und die hämatogenen Hautentzündungen. SELENEW-Charkow: Über Superinfektion bei Syphilis. THIBIERGE-Paris: Des atrophies idiopathiques de la peau. TÖRÖK-Budapest: Die angioneurotische und die hämatogene Entzündung. UNNA-Hamburg: Über Verhornung. VEIEL-Cannstatt: Licht- und Schattenseiten der physikalischen Behandlung der Hautkrankheiten. WICKHAM und DEGRAIS-Paris: Emploi du radium dans le traitement des tumeurs et des affections rebelles de la peau et des muqueuses. WOLFF-Strafsburg: Über die retrospektive Diagnose der Lues. (Klinisch und bakteriologisch.)

Vorträge: BECK-Budapest: Über Reaktionsfähigkeit der Haut im Kindesalter. — BORMANN-St. Petersburg: Vollständige Heilung des Lupus vulgaris mittels der Röntgenstrahlen. — BREZOWSZKY-Budapest: Weitere Mitteilungen über die Serumreaktion bei Lues. — BROCQ und PAUTRIER-Paris: Formes anormales de lichénification. — BROCQ-Paris: Traitement du lupus du nez par la scarification. — BRUHNS und HALBERSTÄDTER-Berlin: Weitere Mitteilungen über die Ergebnisse der Serumreaktion bei Syphilis. — BUKOW-Charkow: vide SELENEW. — BUSCHKE-Berlin: Thema vorbehalten. — CARLE-Lyon: Importance comparée du traitement interne dans les eczémas, en France et à l'étranger, et résultats observés. — CHATIN-Paris, vide DRUELLE. — CSIKY-Kolozsvár, vide MARSCHALKO. — DESMOULIÈRES-Paris: Etiologie et pathogénie du psoriasis. — DOBROVITS-Pozsony: 1. Über die Blennorrhoe im Kindesalter; 2. Über Lepra. — DRUELLE und CHATIN-Paris: Syphilis de l'estomac. — DUHOT-Brüssel: Le traitement abortif de la syphilis par les injections d'huile grise. — EHRMANN-Wien: Über Sklerodermie und Hautatrophie. — EMERY-Paris: Syphilis de l'intestin. — GALEWSKY-Dresden: 1. Demonstration von Moulagen; 2. Über den Einfluſs der Ernährung auf das Säuglingsekzem. — GUSZMANN-Budapest: Sujet réservé. — GAUCHER und WICKHAM-Paris: Chéloïde cicatricielle rétractile post-syphilitique de la lèvre inférieure guérie par des applications de radium. — HALBERSTÄDTER-Berlin, vide BRUHNS. — HEFTER-Charkow, vide SELENEW. — HEIDINGSFELD-Cincinnati: Atrophia maculata guttata (White Spot Disease) with Lantern Slide Demonstration. — HERXHEIMER-Frankfurt a. M.: Thema vorbehalten. — HUDELO-Paris: Syphilis de l'intestin. — HEYDE und MCEVEN-Chicago: The Hydrodermatoses of the Hand and Feet. — JACOBI-Freiburg i. Br.: Thema vorbehalten. — JANCSÓ-Kolozsvár, vide MARSCHALKÓ. — JANOWSKY-Prag: Thema vorbehalten. — JULIUSBERG-Berlin: Hautveränderungen durch den Bacillus aerogenes septicus. — KLJARFELD-Charkow, vide SELENEW. — LÉVY-BING und SÉE-Paris: Valeur préventive du traitement de la syphilis. — LOUSTE-Paris: Traitement du lupus. — MCEWEN-Chicago, vide HEYDE. — MARSCHALKÓ, JANCSÓ und CSIKY-Kolozsvár: Über den klinischen Wert der WASSERMANNschen Syphilisreaktion. — MARSCHALKÓ-Kolozsvár: Technik der Konservierung von histologischem Material. — MARTIAL-Paris: Le traitement du psoriasis. — MERK-Innsbruck: Über Pyämide. — MONIER-VINARD-Paris: Sporotrichose cutanée. — OPPENHEIM-Wien: Die Histologie der idiopathischen Hautatrophie. — PAUTRIER-Paris, vide BROCQ. — PICK-Wien: Zur Ätiologie des Molluscum contagiosum. — POÓR-Budapest: Sujet

réservé. — PREIS-Budapest: Über Smegmabazillen. — RILLE-Leipzig: Thema vorbehalten. — ROSTAINE-Paris: Etiologie et pathogénie du psoriasis. — RUBENS-DUVAL-Paris: Blastomycose cutanée. — SABOURAUD-Paris: Le rapport des trichophyties humaines et animales en France. — SCHIFF-Wien: Beziehungen der Hautkrankheiten zur Allgemeinerkrankung. — Sée-Paris, vide LÉVY-BING. — SELENEW, HEFTER und STEHENIN-Charkow: Les altérations de l'action du coeur sous l'influence de la syphilis et du traitement spécifique. — SELENEW und KLJARFELD-Charkow: L'importance des hyphomycètes et des blastomycètes en dermatologie. — SELENEW und BUKOW-Charkow: Les altérations des os sous l'influence de la syphilis et de la blennorrhée. (Recherches roentgenographiques.) — SELENEW-Charkow: Les flagellés en dermatologie. STEHENIN-Charkow, vide SELENEW. — TOMASCZEWSKI-Halle a. S.: Über den Wert der Dunkelfeldbeleuchtung für den Nachweis der Spirochaete pallida. — ULLMANN-Wien: 1. Beitrag zur Pathologie des Lupus erythematosus; 2. Wohin führt uns die physikalische Therapie? — VERESS-Kolozsvár: Demonstration der an der dermatologischen Klinik in Kolozsvár angefertigten Moulage. — WEYNER-Budapest: Sujet réservé. — WHITFIELD-London: Some changes in the body fluids in relation to skin diseases. — WICKHAM-Paris, vide GAUCHER. — WINTERNITZ-Prag: 1. Zu den Angioneurosen; 2. Zur Pathologie der Syphilis.

**Ein Beitrag zur Hautwaschung mit „nur Alkohol" nach SCHUMBURG**, von J. QUADFLIEG-Aachen. (*Ther. Rundsch.* 1908. Nr. 51.) Autor benutzt statt 96% Alkohol den billigeren 90%igen Brennspiritus ohne weiteren Zusatz. Nach 1/4 Minute langer Abseifung der Hände wäscht er die Hände drei bis fünf Minuten lang in Brennspiritus mittels eines Wattebäuschchens. In gleicher Weise wird das Operationsgebiet gereinigt. Seine Erfolge bezüglich steriler Wundheilung waren durchaus befriedigend. *Arthur Schucht-Danzig.*

**Kasuistische Mitteilungen nebst Bemerkungen zur Syphilisbehandlung**, von M. v. ZEISSL-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 17.) Der Verfasser beobachtete bei einem mit Gonosan behandelten Patienten eine Urticaria balsamica.

Zur Behandlung der periurethralen Infiltrate mit feuchtwarmen Umschlägen gibt er ein viereckiges Gummisäckchen an, welches mit heißem Wasser gefüllt und durch einen luftdichten Schraubenstöpsel verschlossen wird.

Infiltrate gummöser Natur zwischen Vorhaut und Eichel wollten auf eine Inunktionskur nicht weichen. Vierwöchentliches Tragen von KROMAYERS Merkulator wirkte erfolgreich: die Gummen schwanden.

Atoxyl und Arsacetin betrachtet der Verfasser nur als Roborantia bei Syphilis, namentlich bei kachektischen Patienten. *Schourp-Danzig.*

**Eine neue Spülschale für Irrigationen nach suprapubischer Cystostomie**, von GEORGE WALKER-Baltimore. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 12.) In der Schale ist ein erhöhtes Mittelstück, auf welchem der Patient liegt, während die Spülflüssigkeit von den Seitentälern der Schale aufgefangen wird. *Schourp-Danzig.*

---

# Sachverzeichnis.

# Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.